PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS

VIERTELJAHRESSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPIE

HERAUSGEGEBEN VON
DR. W. STEKEL, WIEN / PROF. DR. A. KRONFELD, BERLIN
FÜR DIE SCHWEIZ:
DOZ. DR. O.-L. FOREL, PRANGINS / DOZ. DR. W. MORGENTHALER, BERN / PROF. DR. J. E. STAEHELIN, BASEL
FÜR DIE NORDISCHEN LÄNDER:
DR. POUL BJERRE, STOCKHOLM / DR. OLUF BRÜEL, KOPENHAGEN / DR. HELGI TÓMASSON, REYKJAVIK
SCHRIFTLEITUNG: DR. ERNST BIEN, WIEN

BAND 1 — SEPTEMBER 1934 — HEFT 3

INHALTSVERZEICHNIS

VERLAG DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS (WEIDMANN & CO.)
WIEN — LEIPZIG — BERN

DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS

ist ein unabhängiges und überparteiliches Organ im Dienste der praktischen ärztlichen Psychotherapie und ihrer Grenzgebiete

Vierteljährlich erscheint 1 Heft. 4 Hefte umfassen einen Band von 16 Bogen (256 Seiten). Preis RM 12.— im Jahresabonnement. Einzelhefte werden mit RM 4.— berechnet. Mitglieder psychotherapeutischer Vereinigungen erhalten bei direkter Bestellung vom Verlag einen Vorzugspreis von RM 10.—. Die Zeitschrift wird den Beziehern bis zur Abbestellung geliefert; diese muß spätestens 14 Tage vor Beginn eines neuen Jahrganges beim Verlag eingehen

Manuskripte und sonstige redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung: **Dr. Ernst Bien,** Wien, IX., Spitalgasse 13, zu senden

In den nächsten Heften der „Psychotherapeutischen Praxis" werden u. a. erscheinen:

Dr. C. Boenheim (Berlin): Sexualpädagogik / **Prof. J. S. Galant** (Leningrad): Psychotherapie des Alkoholismus / **Dr. P. Gartner** (Budapest): Epilepsie / **Dr. M. Gerson** (Wien) und **Dr. W. v. Weisl** (Wien): Psychische Reaktionen während der Gerson-Diät / **Priv.-Doz. Dr. A. Herzberg** (Berlin): Psychotherapie bei älteren Leuten / **Priv.-Doz. Dr. O. Kauders** (Wien): Todesgedanke in der Neurose / **Dr. Fr. M. Meyer** (Berlin): Die sexuellen Konflikte des Morphinkranken / **Med.-Rat. Dr. A. Missriegler** (Wördern): Erfahrungen eines Landarztes / **Priv.-Doz. Dr. W. Morgenthaler** (Bern): Psychotherapie und Schwangerschaftsunterbrechung / **Dr. H. Rehder** (Altona-Elbe): Hysterie / **Dr. W. Stekel** (Wien): Schwierigkeiten während der psychischen Behandlung / **Priv.-Doz. Dr. F. G. Stockert** (Halle a./S.): Schlafmittelhypnose

Rundfragen mit Antworten von: **Dr. G. Groddeck** (Baden-Baden) / **San.-Rat Dr. O. Juliusburger** (Berlin) / **Dr. A. Maeder** (Zürich) / **Dr. J. Marcinowski** (Waldhausen) u. A.

Außerdem haben ihre Mitarbeit zugesagt: Prof. K. Birnbaum (Berlin) / **Priv.-Doz. Dr. L. v. Dittel** (Wien) / **Dr. P. Ehmke** (Danzig) / **Priv.-Doz. Dr. O. Forel** (Prangins) / **Dr. M. Friedemann** (Königstein i. T.) / **Dr. B. Hahn** (Baden-Baden) / **Univ.-Prof. Dr. L. Kanner** (Baltimore) / **Dr. Kievet de Jonge** (Prangins) / **Priv.-Doz. Dr. H. Kogerer** (Wien) / **Priv.-Doz. Dr. K. Kolle** (Frankfurt a. M.) / **Dr. E. Liek** (Berlin) / **Dr. M. Nachmansohn** (Luzern) / **Dr. G. Nycander** (Stockholm) / **Dr. G. Odencrants** (Stockholm) / **Dr. L. Olsson** (Stockholm) / **Dr. H. Schultz-Hencke** (Berlin) / **Dr. W. Schweisheimer** (München) / **Dr. E. Speer** (Lindau a. Bodensee) / **Dr. Maxim. Steiner** (Wien) / **Dr. A. A. Weinberg** (Groningen) u. A.

ANSCHRIFTEN DER MITARBEITER DIESES HEFTES:

Univ.-Prof. Dr. Arthur Kronfeld, Berlin W 35, Friedrich-Wilhelm-Str. 3 / **Dr. Willy Bircher,** Zürich, Köllikerstr. 16 / **Prof. Dr. A. A. Friedländer,** Freiburg-Littenweiler i. Br. Haus Sonnblick / **Dr. E. Jolowicz,** Paris 16, rue Boileau 59 / **San.-Rat Dr. G. Flatau,** Berlin-Neukölln, Berliner-Str. 43 / **Dr. Alfred Gallinek,** Amsterdam, Leonardostr. 2 / **Dr. O. Brüel,** Kopenhagen K, Nikolaj Plads 26 / **Dr. Wilhelm Stekel,** Wien, VIII, Langegasse 65 / **Dr. M. Bircher-Benner,** Zürich, Köllikerstr. 16 / **Dr. O. F. Scheuer,** Wien, III., Daponteg. 12

VERLAG DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS (WEIDMANN & CO.)
WIEN, VII., NEUBAUGASSE 29

ORIGINALIA

Gibt es einen Tod an Neurose?

Von

Prof. Dr. Arthur Kronfeld in Berlin

1. Die Möglichkeit des psychogenen Todes

Wir sprechen hier nicht etwa vom Selbstmord aus neurotischen Motiven. Wenn wir die Frage stellen, ob man „an" einer Neurose sterben könne, so meinen wir ausdrücklich alle jene Fälle nicht, bei denen Todeswünsche im Bewußtsein auftreten und, als Symptome einer Neurose, zu dem Entschluß führen, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen. Diese Menschen sterben auch „an" ihrer Neurose: aber dieses Ende würde nicht eintreten, wenn man sie daran hinderte, ihren Entschluß in die Tat umzusetzen. Es ist keineswegs die Neurose als körperseelischer Ablauf, die es mit sich brächte, daß der befallene Organismus seine Lebensfähigkeit einbüßt. Daß diese Neurotiker sterben, erfordert vielmehr noch eine äußere Tat, eine Zerstörung des Organismus mit äußeren Mitteln. Freilich gibt die Neurose das Motiv zu dieser äußeren Tat her; jedoch als bloßes organismisches Geschehen hätte sie niemals die Vernichtung des Lebens erreicht, zu deren Erreichung sie jene äußere Tat beansprucht.

Uns interessiert an dieser Stelle vielmehr nur die Frage, ob es Fälle gibt, in denen die Neurose als Krankheitsgeschehen die Lebenstätigkeiten vernichtet — tatsächlich und durch ihren eigenen Verlauf.

Diese Frage wird so gut wie stets verneint. Für viele Ärzte und Laien sind Neurosen „leichte" oder „eigentlich überhaupt keine" Krankheiten. Es wird erklärt, daß die physiologischen Voraussetzungen für einen Tod an Neurose fehlten. Nun ist es gewiß richtig, daß klinische Beobachtungen über Todesfälle an einer Neurose recht selten und in der Regel fragwürdig sind. Als Schleich einmal über einen hysterischen Schocktod berichtete, da fand er keinen Glauben. Als sich später die Beobachtungen mehrten, daß jugendliche und körperlich nicht weiter kranke Menschen schockartig an Herzlähmung aus seelischen Ursachen starben, da schuf Hart den Begriff des Status thymicus als einer besonderen krankhaften Konstitutionsform. Harts Annahme ist äußerst bestritten. Gleichwohl besteht die grundsätzliche Schwierigkeit, einen Tod aus psychisch-nervöser Ursache hinreichend physiologisch zu erklären.

Immerhin wäre eine solche Erklärung möglich. Wir kennen die Wirkungen des Vagus auf die Funktionen des Herzens und des Kreislaufs. Wir wissen aus Tierexperimenten (Koch), daß abnorme Vaguswirkungen prak-

tisch bis zum „Herzstillstand“ zu gehen vermögen. Wir wissen ferner, daß der Vagus in besonderer Weise die körperlichen Begleitfunktionen der Affekte, vor allem der unlustvollen, leitet und gestaltet. Vor dem Röntgenschirm sehen wir sogar Herzgröße und Herzvolumen unter Unlustaffekten erheblich schwanken (Wittkower). Es fehlt freilich jede exakte Beantwortung der Frage, ob die Vaguswirkung der Affekte so weit gehen kann, daß allein dadurch ein Herzstillstand eintritt. Es handelt sich dabei um eine analoge Frage wie bei der altbekannten: ob durch seelische Momente über die Vaguswirkung ein Magengeschwür entstehen könne. Auch diese Frage wird von den maßgebenden Internisten verneint. Und sicherlich wird in der übergroßen Mehrzahl der Fälle die Intensität der seelischen Innenvorgänge nicht so selbstzerstörerisch und gewalttätig sein. Auch wird der Organismus über hinreichende Schutzvorgänge, über Selbstregulierungen gegenüber jenen Überlastungen des Vagus verfügen, welche aus affektiven Quellen entspringen. Die Affektwirkung pflegt sich nicht auf den Herzvagus zu beschränken; ihr steht vielmehr die ganze Fülle der bekannten körper-seelischen Wirkungsgebiete zur Verfügung. Immerhin bleibt die Möglichkeit eines Schocktodes an Herzstillstand bestehen. — Ähnliches gilt vom Kreislauf und dem vagalen Aussetzen seiner Selbstregulation. Wir kennen bei vielen Fällen eine affektive Mitgestaltung der essentiellen Hypertonie. Wir kennen vereinzelte Fälle von „Schlaganfällen“ aus seelischer Erregung. Ja, es lassen sich dabei anatomisch selbst Blutungen, Diapedese und Erweichungen im Gehirn beobachten. Auf der anderen Seite stehen affektiv bedingte Ohnmachten und Kollapse. Auch hier gibt es mehrere Möglichkeiten, die Lebenstätigkeit vom Seelischen her zu unterbrechen. Es soll uns hier genügen, die Erklärbarkeit eines „psychischen Todes“ grundsätzlich beglaubigt zu haben.

Damit ist eine schnellfertige Verneinung des psychischen Todes zwar widerlegt. Aber immerhin ist es klar, daß wir klinisch mit größter Vorsicht und Zurückhaltung urteilen müssen, ehe wir einen Fall als „Tod an der Neurose“ diagnostizieren. Es kann sich nur um besonders liegende, seltene Fälle handeln, bei denen die inneren Regulationen der lebenserhaltenden Systeme so tief vom Seelischen her gestört zu werden vermögen.

In diesem Zusammenhang ist es vielleicht kennzeichnend, daß von den folgenden Fällen eines Todes an Neurose nur bei einem (Fall „Jung“) die Physiologie des Sterbens dem Schema des Kollapses entsprach, das wir bei vagalen Kreislaufstörungen finden. In dem zweiten Fall ging das Verhängnis andere Wege. Frau „Unseelig“ ist an allgemeiner Entkräftung gestorben, d. h. sie ist verhungert. Freilich hatte sie nicht etwa die Absicht zu verhungern; sie würde sonst zu den Fällen von „indirektem“ oder „chronischem“ Selbstmord zu rechnen sein. Sie hatte vielmehr eine neurotisch unterbaute Furcht vor Nahrungsaufnahme. Sie zog das Risiko des Todes dem Aufgeben ihrer Neurose vor. Das Sterben war zwar einkalkuliert, aber es war nicht ihr bewußtes Ziel.

2. *Der Fall „Jung"*

Als Herr Jung mich zum erstenmal aufsuchte, war er 41 Jahre alt. Er starb etwa eineinhalb Jahre später. Von Beruf war er Turn- und Schwimmlehrer mehrerer städtischer Schulen. Er war seit 16 Jahren verheiratet und hatte eine Tochter, welche die höhere Schule besuchte.

Die Ehefrau, aus besserem Hause stammend, hatte wohl etwas Vermögen in die Ehe eingebracht; das Ehepaar lebte in behaglichen Verhältnissen, die über das Einkommen des Mannes erheblich hinausgingen. Die Ursache lag wohl in der Ehefrau, einer eleganten und gesellschaftlich ehrgeizigen Frau, die in der Ehe völlig dominierte und durch den geselligen Verkehr mit höheren Beamten und Schulmännern zu verwischen suchte, daß sie den Beruf ihres Mannes als etwas untergeordnet empfand.

Herr J. war beschuldigt, mit vielen seiner Schülerinnen und Schüler unzüchtige Handlungen vorgenommen zu haben. Das heißt, es war fraglich, ob die Handlungen als unzüchtig zu werten seien oder nur als mit dem Wesen eines Lehrers unverträglich; es sollte sich um Küsse und gelegentliche Berührungen der Schultern und der Brust gehandelt haben. Die Behörde neigte dazu, es beim Disziplinarverfahren bewenden zu lassen. Frau J. hatte sich unter vier Augen mit großer Heftigkeit gegen ihren Mann gewandt und die schlimmste Deutung seines Verhaltens für die richtige erklärt; zugleich aber hatte sie eifrig an seinem Schutze gearbeitet. Sie hatte die Eltern jedes der Kinder aufgesucht und durch ihre Bitten und Tränen erschüttert, so daß sämtliche Eltern ihre eigenen Kinder als übertreibend, durch das Entwicklungsalter labil, den harmlosen Sachverhalt mißdeutend, hingestellt und Herrn J. vortreffliche pädagogische Eigenschaften bescheinigt hatten — ein erstaunliches Ergebnis. Von mir wurde ein Gutachten in dem Disziplinarverfahren verlangt.

Herr J. begab sich in eine Privatanstalt, wo ich ihn einige Wochen ärztlich beobachtete. Seine Frau besuchte ihn dort fast täglich, beschimpfte und verteidigte ihn im gleichen Atemzug. Noch hielt J.s Fassade. Er war ein schöner, stattlicher Mann von unauffälligem, gebildetem Benehmen und bei voller körperlicher Gesundheit (nie Lues o. dgl.). Bemerkenswert war lediglich seine nervöse Kreislauflabilität. Seine Verteidigung war ein Echo derjenigen seiner Frau: er sei völlig gesund und normal empfindend; er besitze nicht die mindeste nervöse oder seelische Auffälligkeit; vielleicht sei er etwas zu gutherzig, warmfühlend und weich. Seine Ehe sei „ideal". Die Beschuldigungen seien erfunden; Auswüchse der Pubertät und der Massenpsychologie von Halbwüchsigen. Eine oder die andere gelegentliche sanfte und wohlwollende Zärtlichkeit entspringe der Freude an der Jugend, dem pädagogischen Eros, und habe mit Sexuellem auch nicht das geringste zu tun. — Aus den Akten ergab sich, daß J. im Mittelpunkt des Interesses seiner jugendlichen Schülerinnen gestanden hatte. Wo sie des „schönen Jung" nur habhaft werden konnten, da umdrängten sie ihn mit Koketterien. Ein anderer Lehrer hatte z. B. ein im Unterricht geschriebenes Brieflein beschlagnahmt: „Heut' mache ich den schönen J. scharf" —, worauf in einer zweiten Handschrift folgte: „Nein, ich!" Der kindlich-warmherzige Mann, der weder Autorität bei diesen Mädeln hatte, noch erstrebte, war offenbar auf die Äußerungen dieses erotisch-schwülen Korpsgeistes prompt hereingefallen.

Freilich hätte mir doch die geheime Angst auffallen müssen, die ihn hie und da erfaßte. Er konnte oft des Nachts aus Angst und Unruhe nicht schlafen. Häufig brach ein Angstschweiß bei ihm aus. Einige Male hatte er vor oder zu Beginn von ärztlichen Explorationen einen vorübergehenden Zitteranfall. Erst später erfaßte ich, daß diese Angst einen tieferen Ursprung hatte.

Auf Grund des Ausgeführten schrieb ich ein Gutachten, das mir hinlänglich belegt erschien. Frau J. rechnete mit seinem Freispruch. Sie verfügte im Geiste schon über die Nachzahlungen des einstweilen gesperrten Gehaltes, um ihrer wachsenden finanziellen Not aufzuhelfen.

Einige Monate später, unmittelbar vor dem Abschluß der disziplinaren Voruntersuchung, kam eine Reihe von sexuellen Handlungen J.s mit Schülern an das Licht, und diese waren in der Tat weit schwerwiegender als die bisherigen Inkriminationen. Zudem waren sie nach Lage der Sache und der Persönlichkeit der Zeugen absolut glaubhaft. Und damit waren naturgemäß auch die vorherigen Bezichtigungen in ein völlig anderes Licht gerückt, als der Vernehmungsrichter und auch ich bis dahin angenommen hatten. Schlagartig brach das bisherige Verteidigungssystem J.s zusammen. Es war der Zeitpunkt vorauszusehen, an welchem die disziplinare Untersuchung durch diejenige der Staatsanwaltschaft ersetzt werden würde.

Bei J. trat zunächst eine „Katastrophenreaktion" (Goldstein) ein, die in ihrem Wesen an einen Ganserschen Dämmerzustand erinnerte. Er zitterte, weinte und schrie tagelang. Er fiel jedem Besucher schluchzend um den Hals und gab sich wie ein verprügeltes oder verängstetes Kleinkind. Eine sinnvolle Unterhaltung mit ihm war nicht zu führen, denn er redete vorbei in einem angstvoll abwehrenden Negativismus. Der Affekt wollte kein Ende nehmen. Zum erstenmal traten, und zwar mehrmals täglich, schlaffe Ohnmachten auf, mit grünlich-blassem Gesicht und kaltem Schweiß. Der Zustand dauerte ununterbrochen einige Wochen an. Dann ging er zunächst für Stunden, allmählich aber immer mehr, in einen ruhigeren über, in welchem J. das Bild einer reaktiven Depression mit maßloser Wehleidigkeit und hysterischem Zittern bot. Auch in diesem Zustand blieb er gegen jede Befragung über die tatsächlichen Sachverhalte der Vorgeschichte absolut gesperrt. Alle dahingehenden Versuche beantwortete er mit einer gewaltigen Symptomverstärkung, während er unzählige Male sinnlos schrie: „Unschuldig, unschuldig, unschuldig!"

Dieses Bild einer psychogenen Psychose war nur durch zwei Momente auffällig: einmal dadurch, daß es sich nicht in der Haft entwickelte, sondern daheim, und zweitens durch seine Andauer. Daß J.s psychotische Reaktion aber wider die Regel bestehen blieb, kann nicht wundernehmen; das Verfahren ging ja weiter. Also blieb für J. der Anlaß seiner ungeheuren Angstentwicklung ständig bestehen. Es ist aber zu verzeichnen, daß seine Reaktion nicht, wie sonst diejenige von Beschuldigten, allmählich nachließ oder abstumpfte, daß keine Anpassung an seine äußere Lage sich herausbildete.

Jede der nun folgenden Ladungen zur richterlichen Vernehmung, zur gerichtsärztlichen Untersuchung usw. wurde von J. mit einem verschärften Ausbruch der Angstsymptome beantwortet. Dadurch wurden die angesetzten Verfahrensprozeduren natürlich vereitelt — aber um einen allzuhohen Preis. Das ging so eine Reihe von Monaten. J. magerte zum Schatten ab; Schlaf war nur noch mit starken Mitteln für kurze Zeit zu erzielen. Langsam versank er in eine Art von psychogener Pseudodemenz, von Dösigkeit, aus der er zeitweise aufschreckte, um das frühere wehleidig-jammernde Gehaben wieder aufzunehmen. Dann verlor die Untersuchungsbehörde die Geduld; seine zwangsweise Vorführung wurde, über die ärztlichen Gutachten hinweg, angeordnet. J. reagierte auf die Kunde davon mit einer schweren Ohnmacht, an die sich ein verwirrter Dämmerzustand anschloß. Als dieser nicht abklang, klagte die verzweifelte und verbitterte Frau, jetzt habe das Verfahren ihren Mann auch noch geisteskrank gemacht, und brachte ihn in eine Anstalt.

In dieser bot J. das bisherige Bild. Zeitweise imitierte er die Auffälligkeiten der ihn umgebenden Kranken; in der Regel döste er oder sprach wirres Zeug; nur für kurze Augenblicke tauchte er aus dieser Versenkung auf und war dann geladen mit gehetzter Angst. Seine Ohnmachtsanfälle häuften sich, wurden immer „eingeschliffener" und bei allen möglichen Situationen sozusagen jederzeit verfügbar. Aber naturgemäß bot auch der Anstaltsaufenthalt nur eine Zeitlang Schutz vor dem Zugriff der Justiz. Endlich erfolgte er: J. sollte in der Anstalt verhaftet werden. In diesem Augenblick erlitt er einen schweren Kollaps, der erst nach Stunden in ein mussitierendes Delir überging und binnen vier Tagen mit dem Tod J.s an „Herzschwäche" endete.

Die Autopsie ergab, abgesehen von dem allgemeinen Kräfteverfall, weder am Herzen und den inneren Organen, noch am Zentralnervensystem einen krankhaften organischen Befund. Die Annahme eines seelisch bedingten Todes stützt sich auf dieses Ergebnis der Autopsie und auf den klinischen Ausschluß einer endogenen Psychose. Die synkopalen Anfälle waren psychogen entstanden, allmählich habituell geworden, gehäuft und von immer schwererem Gepräge: kühle Haut, extreme Blässe, tiefe Bewußtlosigkeit, sehr verflachte Atmung, schlaffe Muskeln, Blutdrucksenkung bis zur Pulslosigkeit, sehr verlangsamte Herztätigkeit. Mit der Abnahme des allgemeinen Kräftezustandes kam der Moment, wo die Synkope so schwer wurde, daß zwar Digitalis und Kampfer den Kreislauf noch einige Tage erhielten, aber ohne daß der Krampf der kleinen Gehirnarterien sich löste — und dann trat der Tod ein. Es war ein Vagustod.

An dem stattlichen, gesunden Manne hatten zu Beginn meiner ärztlichen Bekanntschaft mit ihm zwar Anzeichen einer gewissen nervösen Gefäßlabilität bestanden, aber vagotonische Erscheinungen waren weder zu beobachten, noch aus der Vorgeschichte bekannt. Die immer wachsende, abnorme Kreislaufdisposition ist vielmehr im Anschluß an die seelischen Erregungen allmählich stärker hervorgetreten und „gezüchtet" (Heyer) worden; zuletzt bildete sie ein tödliches „körperliches Entgegenkommen" für die Neurose, deren Ausdruck sie doch war!

Diese Neurose hatte zwei Schichten: eine „tiefere", infantile; in dieser wurzelten die paraphilen Neigungen, die zügellosen und dabei weich-wehrlosen affektiven Eigenarten, die Unfähigkeit zur Abstumpfung und Anpassung der Affekte und die ungeheure Angstbereitschaft. Dazu trat dann die reaktive aktuelle Fluchtneurose J.s anläßlich seiner kriminellen Situation; diese Fluchtneurose baute sich über der erstgenannten Tiefenschicht auf und erhielt durch sie ihr besonderes Gepräge.

Leider war es in der geschilderten Zeit meiner Beobachtungen nicht möglich, psychoanalytisch an J. heranzukommen. Das ist ja eine alltägliche Erfahrung, daß ein gerichtlich Verfolgter, der Schutz sucht, sich nicht analytisch aufschließt, sondern eher alles mögliche in Richtung des Gegenteils tut. Darin liegt der eigentliche Grund dafür, eine „psychoanalytisch-forensische" Begutachtung von Straffällen in der Regel sachlich unmöglich zu machen. Man hat solche Begutachtung vielfach gefordert und in einzelnen Fällen auch versucht (Alexander, Staub, Marie Bonaparte) und gegenüber der klinischen als überlegen bezeichnet. Allein, abgesehen von vielen Schwierigkeiten, ist meist schon die Sammlung von analytischen Materialien eine unlösbare Aufgabe.

Wir sehen bei J. Angst in einem ganz ungeheuerlichen Ausmaß in Bereitschaft stehen und müssen annehmen, daß sie aus der infantilen Struktur stammt. Daß die Angst aus ungleich tieferen Quellen floß als die Furcht bei einem typischen Gerichtsverfolgten, leuchtet übrigens ohne weiteres ein: solche Furcht hat fast jeder eines Delikts Bezichtigte, ob schuldig oder nicht. Aber er stirbt nicht daran! Die Furcht wird in vielen Fällen heftige Angst, sie treibt den Verängsteten unter Umständen in die Haftpsychose; ja, sie führt gelegentlich zum Selbstmord. Aber sie führt kaum je zum organismischen Tod.

Da wir nicht über genügendes, aus einer Psychoanalyse J.s gewonnenes Material verfügen, so bleibt uns nur übrig, die infantile Angstbereitschaft J.s und ihre Quellen zu rekonstruieren. Wir vermeiden an dieser Stelle, über das Angstproblem ausführlicher zu werden; wir verweisen auf Freuds („Hemmung, Symptom und Angst") und auf Stekels („Nervöse Angstzustände") grundlegende Ausführungen. Das entscheidende Moment in der seelischen Eigenart J.s ist eine gewaltige infantile Gewissensangst, und zwar in der Erscheinungsweise einer Strafangst. Wenn wir eine derartige Struktur bei einem Paraphilen, und insbesondere bei einem Sexualverbrecher antreffen, so müssen wir beide Symptomreihen zueinander in Beziehung setzen. Uns hilft dabei die gutbeglaubigte Tatsache, daß die sexuelle Neigung zu Unreifen häufig der Ausdruck mangelnden Männlichkeitsbewußtseins ist. In ihr tritt der Neurotiker sozusagen den Beweis vor sich selbst dafür an, daß er trotz allem zur sexuellen Aggression fähig sei; zugleich aber deutet die Wahl unreifer Partner darauf hin, daß es mit diesem „Beweis" im Innersten hapert. Genau so wie ein Schuldbewußter seine angebliche Unschuld, ein Schwächling seine angebliche Kraft demonstrativ und überspitzt beteuert, genau ebenso handelt der Mann, der den unbewußten Zweifel an der eigenen Männlichkeit immer wieder vergebens zu betäuben sucht; die Wahl seines Partners widerlegt ihn und wirft ihn zurück auf das Bewußtsein: Dennoch bist du kein Mann! Hinter der Pädophilie steht der Kastrationskomplex; die Pädophilie ist ein vergeblicher Betäubungs-, Überwindungs-, Überkompensationsversuch der Kastrationsangst. Aber noch mehr: in der pädophilen Partnerwahl wird (ebenso wie in der Homosexualität) der extreme Gegentyp des reifen Weibes gesucht. J. war bei seiner Frau impotent. Wir deuten dies als Inzestscheu von krankhaft übersteigertem Ausmaß, als ein „Ausweichen vor der Mutter". Und endlich: J. verkehrte mit seinen Sexualpartnern, abgesehen von seiner infantil-lüstern aggressiven Sexualtendenz, auf eine vertraulich-zärtlich-heimliche Weise — wie eine Mutter mit ihrem Kind. Er stellte also die Mutter dar — aber diejenige, die sich nicht sexuell versagt, sondern die die aktiv-verführende Rolle übernimmt. Er realisierte damit unbewußte, durch die Inzestschranke verdrängte Wunschbilder aus der Ödipusphase, die der Mutter galten, an sich selber; er agierte sie in seiner Paraphilie.

Aus diesem Verhalten läßt sich ablesen, einer wie gewaltigen Inzestschranke es bedurfte, um seine Ödipussituation zu beendigen; es läßt sich auch die außerordentliche Wirksamkeit dieser Inzestschranke verstehen, die ihn in die ausweichende Paraphilie trieb — und die Intensität der Angstbereitschaft anläßlich jedes Verstoßes. Diese Angst ist Kastrationsangst, Vitalangst und Gewissensangst zugleich. Keine Frage, daß sie in ihrer ursprünglichsten Erlebensweise und Gewalt aufgerissen wurde, als mit der kriminellen Schuld auch die infantile Schuld wiederkehrte. An dieser Aktualisierung der infantilen Strafangst aus dem Kastrationskomplex erwuchs jene Angsthysterie, deren Konversionen für J. tödlich wurde.

3. Der Fall „Unseelig“

Der zweite Fall meiner Beobachtung ist in einigen Punkten nicht ganz so eindeutig beglaubigt, wie der Fall Jung. Insbesondere fehlt der autoptische Befund. Ich war zur Zeit des Todes bereits nicht mehr der behandelnde Arzt; somit beruht meine Darstellung in diesem Punkt nur auf Berichten. Diese sind freilich einwandfreier Herkunft und decken sich mit meinen psychotherapeutischen Feststellungen.

Frau Unseelig wurde von mir behandelt, als sie 37 Jahre alt war. Die psychotherapeutische Behandlung dauerte 7 Wochen; dann nahm Frau U. einen anderen Arzt: Einen, der „möglichst wenig von der Psychoanalyse verstand!“

Frau U. war die Gattin eines Großindustriellen und lebte mit ihm in äußerlich guter, aber kinderloser Ehe. Aus bescheidenen Verhältnissen stammend, war sie als junges Mädchen ihrem späteren Mann „durch ihre enorme Intelligenz“ aufgefallen; er bewunderte und heiratete sie. Ihre prachtvolle Villa war ein Treffpunkt sogenannter prominenter Personen, vor allem aus den Schichten der Kunst und Literatur. Frau U. war ebenso berühmt durch ihre Repräsentationskunst, wie durch ihren boshaften, rücksichtslosen Witz und ihre herrische Art. Als Erscheinung war sie von einer mehr als ätherischen Überschlankheit. Den Gatten lernte ich 14 Tage später kennen, er kam erst nach der von ihr erteilten Genehmigung. Er bestätigte mir ihre Mitteilung, daß jeglicher Sexualverkehr zwischen beiden bereits in den ersten Tagen ihrer Ehe auf Wunsch der Pat. für immer abgestellt worden sei. Frau U. habe ihm — eigentlich gegen seinen eigenen Willen — volle sexuelle Freiheit aufgedrängt unter der Bedingung, sie „in Ruhe zu lassen“. Verlegen äußerte er: Anfangs sei ihm das „ganz unnatürlich“ vorgekommen, jetzt aber habe er sich seit langem „daran gewöhnt“; ja, seine Frau helfe ihm bisweilen, eine aufsässig gewordene Freundin „loszueisen“.

Als Frau U. zuerst bei mir erschien, war sie weit davon entfernt, sich in die Karten ihrer Neurose blicken zu lassen. Sie sagte: „Nehmen Sie an, ich sei gesund und hätte ein geistiges Interesse an der Psychoanalyse.“ Sie suchte mich in eine Diskussion über die Psychoanalyse zu verwickeln und äußerte eine negativistisch ironische Skepsis — sie agierte also schon sozusagen vor Eröffnung der Feindseligkeiten ihre Widerstände — bis ich ihr zu ihrem Erstaunen sagte: Ich hätte gar kein Interesse daran, Proselyten zu machen und Skeptiker zu überzeugen; aber offenbar wehre sich in ihr ein trotziger Stolz gegen das Bedürfnis, sich helfen zu lassen; und diesen Konflikt, den einzigen, müsse sie allein entscheiden. Wenn er aber entschieden sei — und dafür sei ihr Kommen der Beweis — dann solle sie entweder konsequent bleiben oder sich aufrichtig klarmachen, warum sie das nicht könne. Sie stutzte, schwieg einige Minuten und sagte dann: „darüber muß ich nachdenken“ — nickte mir hoheitsvoll zu und wollte gehen. In der Tür drehte sie sich um und verblüffte mich nunmehr durch die Frage: „Übrigens noch eins: Kennen Sie Sir Galahad[1]? Wenn ich nicht ich selbst wäre, so möchte ich Sir Galahad sein.“ Ich kannte das Buch von Sir Galahad. Darauf Frau U.: „Dann haben wir morgen also zwei Sachen zu besprechen.“

In der Folge stellte sich heraus, daß das Anziehende an Sir Galahad zweierlei war, worin Frau U. sich mit ihm „tief verbunden“ fühlte: einmal die „enorme Intelligenz“ (auch Frau U. hatte ja nach Meinung des Gatten eine „enorme Intelligenz“). Diese spezifische Art der Intelligenz, die stets und unter allen Umständen Überlegenheit prästiert, war in der Tat nicht nur das Cachet, sondern auch das Ideal der Frau U., an welchem sie sich gesonnt hatte. Und weiter — und hier kam der Kern zutage — Sir Galahads Ideal der Schlankheit — oder besser der Abscheu vor allem Fleischlichen,

[1]) „Sir Galahad“ ist das Pseudonym einer Frau, die einen Roman mit philosophischen Aspirationen über den Menschen verfaßt hat: „Die Kegelschnitte Gottes“. Die Verfasserin setzt sich darin in einem arroganten Tonfall mit allen existenzphilosophischen Fragen leichtfertig auseinander — eine Dame der Gesellschaft, die über ihre geistigen Verhältnisse lebt und sich dabei für einen zweiten Nietzsche hält.

„Dicken“. Für Frau U. aber war diese Nebensache im Werke Sir Galahads das wichtigste, geradezu das geistige Zentrum des Buches. Sie entwickelte mir eine förmliche Philosophie darüber, von einer skurrilen Begeisterung getragen: Warum haben die Menschen diese schreckliche Last von Körper, Eingeweiden („schon das Wort ist scheußlich!“), Organen aus Fleisch und Fett? Das ist ihre Last, das macht sie ekelhaft; das zwingt sie, gekochte Kadaver in den Mund zu nehmen und herunterzuschlucken; dadurch sind sie unrein — und dadurch sind sie stumpf und empfindungslos gegen die widerliche Tatsache, daß sie bei lebendigem Leib stinken, Ausscheidungen haben usw. „Das hat mit religiöser Askese gar nichts zu tun!“ Aber es sei keineswegs bloß ein ästhetischer Abscheu; vielmehr sträube sich von je ihr ganzes Wesen gegen diesen Umstand. Ihr Mann sei korpulent; er schwitze! Bei aller Liebe zu seinem guten, fürsorglichen Wesen müsse sie sagen: dadurch sei seine Intelligenz abgestumpft, seine Schwungkraft gelähmt. Die widerlichen Lüste, Gier und Gefräßigkeit, in der Nahrungsaufnahme und im Sexuellen, kämen aus den „verfetteten Säften“. Sie wisse wohl, das alles sei aus der Naturgebundenheit des Menschen bedingt und zum Weiterleben erforderlich; aber es führe gerade zu vorzeitigem Verfall und Tod. Kein Arzt habe ihr bisher sagen können, wie diese Klippe zu umschiffen sei. Hindhede sei zu primitiv. Bircher-Benner sage viel Richtiges und Gutes; aber auch er denke noch zu materiell. „Schön kann der Mensch nicht sein, denn er besteht aus Fleisch, aber er kann weniger unappetitlich sein.“ Auf meine Bemerkung: Sie halten eine ideologische Verteidigungsrede für Ihren Komplex — sagte sie: „Ja, diesen Komplex habe ich und bin stolz darauf und werde ihn um keinen Preis aufgeben!“ Ich: Das scheint mir ein falscher Stolz, der nur eine geheime Angst verdeckt; dem würde ich mißtrauen. Frau U.: „Ich möchte dazu noch nichts sagen. Ihr Hinweis gestern, daß mein Besuch bei Ihnen mich widerlegt, geht mir im Kopfe herum. Wir könnten ja unverbindlich eine Analyse anfangen.“ Ich: Eine Analyse, die „unverbindlich“ ist, ist sinnlos. — Frau U. schlägt darauf vor: dann vielleicht eine Reihe analytischer Aussprachen, „nicht als Therapie, sondern zur Information“. Ich: Dazu müßte ich erst wissen, was sie jetzt bedrücke.

Frau U. — nach langem Sträuben: Sie esse sehr wenig — und nehme zu jeder Mahlzeit sofort Abführpillen, seit vielen Jahren. In letzter Zeit habe sie mit der Menge derselben immer mehr steigen müssen, um den Ekel davor zu unterdrücken, daß etwas in ihrem Leibe drinnen sei; jetzt nehme sie sie alle Augenblicke. Sie nehme bis zu 30 Tabletten Laxativ vegetabile täglich; dazu morgens nüchtern Bitterwässer, abends Sennestee. Sie habe in den letzten Wochen schnell abgenommen, wiege jetzt 81 Pfund und fühle sich „etwas schwach und kraftlos“. Ich entschloß mich bedingungslos zur Übernahme der analytischen Arbeit, denn ich sah Gefahr im Verzug. Freilich scheiterte bereits meine erste Forderung: während der Dauer der Analyse die Abführmittel fortzulassen. Frau U. verfiel sofort wieder in ihren ironischen Ton: „Sie machen sich die Sache leicht! Das könnte doch höchstens eine Folge Ihrer Analyse sein. Wenn ich sie jetzt wegließe, so brauchte ich Ihre Analyse gar nicht erst!“ — Dennoch gab sie mir zu, daß sie aus eigenem Willen durchaus die Möglichkeit habe, die Abführmittel fortzulassen. Auf meine Frage, ob sie diese Forderung trotzdem verweigere, weil sie auf die Lust der Abführwirkung nicht verzichten wolle — oder weil sie Angst habe, sie fortzulassen — erwiderte sie: „beides!“ Wir einigten uns nach langem Hin und Her auf ihr Versprechen, nicht mehr als den dritten Teil der bisherigen Menge zu nehmen und mir jede Überschreitung dieses Quantums mitzuteilen.

Ich habe die bisherige Schilderung plastisch gehalten, um ein anschauliches Bildnis von der Persönlichkeit zu geben; nunmehr kann ich die lückenhaften Ergebnisse der Analyse mitteilen. Zweierlei sei vorausgeschickt: Einmal, daß Frau U. in den sieben Wochen angeblich „überhaupt nicht“ träumte. Ebenso produzierte sie kaum jemals freie Einfälle, sondern verhielt sich immer reflexionell und „bewußt“. Es war also

klar, daß sie von dem mächtigen Schutz ihres Bewußtseins nicht loszukommen vermochte. Welch eine Angst mußte dahinterstecken! Und zweitens nahm Frau U. auch während der Behandlung dauernd an Gewicht ab. Als es ihr in der dritten Woche unserer Arbeit innerlich möglich war, die Abführmittel ganz fortzulassen, betrug ihr Gewicht 78,5 Pfund. Eine Untersuchung durch Internisten ergab außer der allgemeinen Macies und einer erheblichen chronischen Colitis nichts besonderes. Als sie aus Trotz in der siebenten Woche sich wieder auf die Befriedigung ihrer Sucht stürzte — die von dem Internisten empfohlene Mastkur hatte sie selbstverständlich lächelnd abgelehnt — wog sie 76,5 Pfund. Bald darauf trat zum erstenmal Acetonurie auf.

Die Analyse führte, wie nach dem Bisherigen zu erwarten war, sofort in die prägenitalen Libidoschichten hinab. Frau U. lehnte energisch den Gedanken ab, daß das so häufig am Tage provozierte Absetzen des Stuhls ihr Lust bereite; als Prozeß sei es ihr genau so widerwärtig wie alle Funktionen der Eingeweide; nur das Bewußtsein, sich von den Schlacken des Körpers zu befreien, gebe ihr eine geistige Lust oder Erleichterung. Der Gedanke, es sei etwas in ihrem Bauch, sei ihr eine drückende Last. Sie erinnert sich daran, als Kind eine Wurmkur gemacht zu haben und an die „schrecklichen, schauderhaften, entsetzlichen" Vorstellungen davon, wie in ihrem Bauche „die ekelhaften Würmer" wüteten und „Kot fraßen" — und an die „ungeheure" innere Befreiung und Entlastung bei jedem Stuhlgang. Damals war sie 11 Jahre alt. Auch die Periode hat sie mit Grauen und Ekel erfüllt; sie hatte „Angst zu stinken"; sie war glücklich, als sie durch ihre Abmagerung amenorrhoisch wurde. Einer der Gründe, aus denen sie den ehelichen Geschlechtsverkehr ablehnte, bestand in dem „Grauen" davor, daß der Mann „in diese gräßliche, stinkende Höhle hineindringe". Auch Küssen war und ist ihr immer „ekelhaft" gewesen. Ihre Eltern waren nicht zärtlich zu ihr; aber ihr fällt ein, daß sie als Sechsjährige auf einer Sommerreise eine Szene miterlebt hat, des Abends in einem Garten, wo ein etwa 13jähriger Junge in eine Schar von kleinen Mädchen getreten sei mit den Worten: Wer von euch will einen Kuß haben? — und sie erstaunt und angeekelt zugesehen habe, wie sämtliche Mädchen sich zum Küssen drängten. „Diese Entwürdigung!" Dem Knaben habe sie sein Verhalten nicht so übelgenommen; seine „stolze, herrische Haltung" habe ihr sogar Eindruck gemacht. — Hierbei fallen nun in der Folge mannigfache Angaben und Einfälle über ihre Identifizierung mit der männlichen Geschlechtsrolle. Ihr Lehrer in der Schule habe ihr einmal einen Aufsatz zurückgegeben mit den Worten, er zeige „männlichen Geist und männlichen Ernst": Das sei d e r Stolz ihrer Schulzeit gewesen. Immer hat sie die Gesellschaft von Männern derjenigen von Frauen vorgezogen: „richtigen Kameradschaftsgeist"; für Frauen hat sie nichts übrig. Sie läßt ihren Witz an ihnen besonders ätzend aus. Ihre Mutter ist davon nur sehr bedingt ausgenommen; immerhin ist sie „dumm und gütig", die einzige Frau, an der sie stark hängt. Der Vater ist ihr „belanglos". Der jüngere Bruder wird von ihr noch jetzt geschulmeistert und er revanchiert sich, wie sie zugibt, erfolgreich durch amüsiertes Schweigen. „Er nahm mich nie so ernst, wie ich ihn." Er ist der einzige Mann, der sich diese Haltung erlauben darf, denn sie nimmt ihn nicht ganz ernst. Auf meinen Hinweis: sie habe eben das Gegenteil gesagt — ja, zugleich nehme ich ihn sogar ernster als alle anderen Männer; „paradox!"

Bis zu diesem Punkt ist die Analyse schon an Hand der wenigen zitierten Materialien durchsichtig. Ein „phallisch-aggressiver Charakter" — aber ohne Phallus! Maßloser „Penisneid" (der jüngere Bruder!); Übernahme der männlichen Rolle; inverslaufende Passage des Ödipuskomplexes; latente, durch ressentimentale Entwertung verdrängte Homosexualität; Haß- und Rivalitätsgefühle gegen beide Geschlechter. Ein solcher Typ müßte an sich schwer antisozial werden; Menschenfeind und innerlich kriminell. Aber das Schicksal fand einen anderen Ausweg, anscheinend einen weniger, tatsächlich einen mehr mißglückten. Er ist bedingt durch diejenigen Determinanten, welche aus den Schuld- und Sühnebedürfnissen für die analen Sünden, aus dem Ehr-

geiz des weiblichen Kastrationskomplexes und der Reaktion auf die ödipale Strafangst geboren sind. In dieser Phase der Analyse (etwa in der 3. Woche) treten nämlich jene einzigen Traumreste hervor, welche die Patientin überhaupt produzierte. Es waren durchwegs Träume von analer Beschmutzung: *ein Säugling wird trockengelegt, die Windeln sind voll gelbem Kot; sie sitzt als Kind auf einem schwarzen Töpfchen und hat Angst, es liefe über*. Dazu einziger Einfall: sie glaube, ihr Töpfchen als Kind sei schwarz gewesen. Die anderen Nachtgeschirre waren alle weiß. (Erinnerungsfälschung mit symbolischem Wertakzent?) Sie hatte als Kind auf dem Klosett immer Angst vor dem Rauschen des Wassers, Angst, sie könnte von dem Wasserstrom hinabgerissen werden. Deshalb setzte sie sich nie richtig hin, suchte sich festzuhalten. Plötzlich kommt ein wichtiger Einfall: die Mutter einer Mitschülerin mußte am Bauch operiert werden; es gab eine langdauernde Nacheiterung mit Drainage. Die Mitschülerin erzählte ihr davon. Sie gab sich damals langen grüblerischen Vorstellungen darüber hin, wie ekelhaft es im Bauch (scil. von Müttern!) aussehe, wenn da alles herauskäme, was drin ist (Gebärakt, Stuhlabsetzung!) — sie kam davon nicht los.

Bei der Deutung der analen Gewissensangst und ihres Zusammenhangs mit dem Anspruch an Männlichkeit leistete die Pat. den ersten starken Widerstand, der auch bestehen blieb und sich umsomehr verschärfte, als nunmehr ihre Sucht systematisch auf die schon bekannten Wurzeln zurückgeführt wurde. Sie begann mich in die Position ihres jüngeren Bruders zu schieben. Sie ironisierte in recht billiger Art: Nicht sie sei liebesunfähig, narzißtisch, selbstverliebt, von maßlosen Ansprüchen, Neid und Haß und Ressentiment zerfressen, sondern das sei gerade die Eigenart der Psychoanalytiker. Die unendlich vorsichtige Deutung dieser Widerstände aus ihrer Struktur ließ sie zwar ruhig über sich ergehen — aber einige Tage später teilte sie mir mit, während hinter der beiläufigen Sachlichkeit triumphaler Stolz, Schuldgefühl und Angst deutlich fühlbar waren: sie müsse mir schon sagen, die Analyse helfe ihr gar nicht; sie habe wieder ein Pfund an Gewicht abgenommen. Die Kranke stieg mit den Abführmitteln. Dann sagte sie ab, da sie sich zu schwach fühlte, und kam nicht mehr.

Nach ihrem Tod erfuhr ich dann noch folgendes: sie hatte in den ersten Wochen nach dem Abbruch der Analyse eine Reihe von internen Ärzten konsultiert, aber sämtliche Maßnahmen derselben, soweit sie in Ernährungstherapie bestanden, rigoros abgelehnt; es war stets bei jeweils einer Konsultation verblieben. Ob sie damals noch weiter mit den Abführmitteln gestiegen war, ließ sich nicht ermitteln. Auf Drängen des Gatten war sie dann in ein Sanatorium gekommen; dort hatte sie einen wilden Kampf gegen die Maßnahmen der Ärzte begonnen und war nach 6 Tagen, obwohl sie vor Schwäche fast nicht mehr stehen konnte, mit Auto in ein anderes Sanatorium gefahren. Auch dort hielt sie nur einige Tage aus und verließ das Haus im Konflikt mit dem Arzt. Sie wußte dem Gatten zu suggerieren, daß sie nur Ruhe und Sonne brauche, um zu genesen und fuhr — offenbar schon recht kachektisch — mit einer Pflegerin in einen bekannten klimatischen Kurort Oberitaliens. Die völlig machtlose Pflegerin erzählte, daß sie dort genau so gelebt habe wie zuvor: fast nichts gegessen und immer abgeführt. Ihre Nachrichten an den Gatten waren stets überlegen-heiter. In der fünften Woche ihres Aufenthalts dort alarmierte die Pflegerin in ihrer Angst heimlich den Gatten, er möge sofort kommen, die Kräfte der Kranken verfielen. Bevor der Gatte noch eintraf, ist Frau U. in einen komatösen Zustand verfallen, der in Exitus überging.

Auch wenn man sagt: Frau U. habe sich aus ihrem neurotischen Zwangs-

motiv verhungern lassen, so ist das einzelne an den pathophysiologischen Vorgängen noch dunkel genug. Der Fall ist nicht nur in psychologischer Hinsicht eigenartig, sondern — worauf hier nicht eingegangen werden kann — auch erfüllt von physiologischen Merkwürdigkeiten, die leider Kuriosa bleiben müssen, da in den letzten entscheidenden Wochen keine klinische Untersuchung und späterhin keine Autopsie stattfand. Hier aber ist der Fall auch aus einem anderen Grund verzeichnet: er spiegelt eine gewisse groteske menschliche Größe, sei es Heldentum, Eigensinn, Sucht oder Charakterstärke. Frau U.s Selbstbehauptung, und mag sie noch so neurotisch fundiert gewesen sein, erwies sich stärker als der Tod.

Vom „Nervenzusammenbruch"

Von

Dr. med. Willy Bircher in Zürich

Man kann beobachten, daß auf Perioden normaler Aktivität und scheinbarer Gesundheit zuweilen Erschöpfungszustände folgen, in denen die gestaltende Kraft der Seele zu versagen scheint. Solche Krisen legen den Gedanken nahe, daß die Psyche ein bestimmtes Maß von Reaktionsenergie besitze, das in solchen Fällen aus Gründen, die zu untersuchen wären, dem Bedarf nicht mehr genügt, sodaß Insuffizienzerscheinungen der psychischen Funktion in Form nervöser Krisen entstehen.

In diesem Sinne spricht Janet von einem konstanten individuellen Einkommen an „énergie psychique", womit es gelte, haushälterisch umzugehen. Er sieht die Höhe dieses Einkommens als eine Konstante[1]) der Person an. Die richtige, nutzbringende Verwertung der „énergie psychique" ist nach seiner Ansicht eine Aufgabe des Verstandes und ein Kennzeichen der Gesundheit.

Man kann hier, um diese Vorstellung zu verwerten, auch ein Bild einführen: Aus den Urgründen (des Individuums) steigt eine Quelle zu Tage. Ihr Wasser wird gefaßt und dem Orte des Bedarfs zugeführt. Bei seelischer Gesundheit arbeitet nun die Wasserversorgung gut. Die Bedarfsstellen werden alle optimal mit Wasser versorgt. Aber es sind zwei Gruppen von Störungen möglich:

1) Die Fassungs- und Speicherfunktion der Quelle ist defekt.

2) An den einzelnen Zapfstellen findet ein Wasserverbrauch statt, der außerhalb des natürlichen Maßes steht.

In der ersten Gruppe dürften die Störungen der Quellfassung (in der Psyche) somatischen Ursachen zuzuschreiben sein. Ich möchte hier nur einen kurzen Überblick

---

[1]) Ob Janet damit recht hat? Meine Beobachtung läßt mich zum Teil periodische Schwankungen des individuellen Einkommens aus rational unfaßbaren Ursachen, vielleicht kosmischen Ursprungs, annehmen.

geben über jene physischen Störungen oder Erkrankungen, die durch Schwächung der verfügbaren psychischen Gesamtenergie, also durch Herabsetzung der Konstante Janets, ursächlich mehr oder weniger entscheidend zu einem „Nervenzusammenbruch" beitragen können, und nach denen auch der Nervenarzt fragen wird. Ein größerer Teil dieser somatischen Ursachen ist auf dem Gebiete fehlerhafter Ernährung zu suchen: Mangel an akzessorischen Nahrungsfaktoren (Mangel an bestimmten Mineralsalzen, Vitaminen, Lipoiden, Enzymen, selteneren Aminosäuren, Redoxsystem); Übermaß an Toxinen, Eiweißspaltprodukten, Alkaloiden, Allergenen, mikrobiellen und chemisch noch nicht erfaßbaren Giften. Weiterhin ist zu prüfen, ob nicht ernstere Störungen des Verdauungssystems vorliegen, oder Stoffwechselleiden, Zirkulationsstörungen, z. B. im Kapillargebiet infolge Spasmen, Atonien, Torsionen der Kapillaren (worauf besonders Ottfried Müller, Gaensslen und Jaensch aufmerksam gemacht haben). Selbst Zahnwurzelgranulome können chronische Kräfteverzehrung bedingen und zu einer unter Umständen als psychisch bedingt angesehenen Erschöpfung führen, die erst nach der Entfernung der Granulome überwunden wird. Nicht unwichtig ist sodann die Frage nach zulänglicher Körperbewegung und -besonnung. In allen diesen Fällen ist vor allem für die Behebung der Störungsursache zu sorgen und erst in letzter Linie an eine medikamentöse Aufhilfe für den Körper zu denken. Bei manchem Zusammenbruch zeigt die Erfahrung, daß die Psyche sich wieder aufrichtet, nachdem die „Quellfassung", d. h. die somatische Fassung der „psychischen Energie" verbessert worden ist. Damit wird unter Berücksichtigung der eventuellen psychischen Ursachen, ein Beweis ex juvantibus für die physische Bedingtheit erbracht.

Jene Nervenzusammenbrüche hingegen, die hauptsächlich in Seelenproblemen wurzeln, entsprechen — im Symbol der Quelle — der Verteilung des Quellwassers. Wenn es auch häufig vorkommt, daß beide Ursachengruppen gleichzeitig wirksam sind, so sind doch manche Nervenzusammenbrüche im Wesentlichen nur durch eine Reihe von schweren Traumen und dramatischen Seelenkonflikten, die sowohl in der psychologischen als auch in der dichterischen Literatur öfters dargestellt worden sind, verursacht und fallen dann ganz in die zweite Gruppe.

Im Folgenden möchte ich an Hand einiger Beispiele aus meiner Erfahrung auf gewisse, vielleicht weniger beachtete seelische Momente des Nervenzusammenbruchs hinweisen.

Fräulein M. kommt im Zustande vollster Erschöpfung ins Sanatorium. Sie hat viele Monate in einem Lungenkurort zur Erholung verbracht, da von ihren Ärzten immer wieder an eine Tuberkulose als Ursache gedacht wurde. Die eingehende Untersuchung ergibt keine somatischen Erschöpfungursachen. Die Patientin hat zwei psychoanalytische Behandlungen bei tüchtigen Nervenärzten hinter sich von zusammen 2½ Jahren Dauer. Sie weiß in allen Komplexen ausführlich Bescheid. Sie spricht über ihr Leben wie ein ewiger Wasserfall, getönt mit Selbstmitleid und Selbstironie. Sie ist ihren Ärzten dankbar für manche Hilfe und Aufklärung; aber die Erschöpfung ist doch so groß geworden, daß sie sich lebensuntauglich fühlt.

Auf der Suche nach der Ursache dieser Dauererschöpfung beobachte ich, daß ich selbst, wenn ich einige Zeit mit der Patientin gesprochen und an ihrer überraschen Rede und ihrem starken Affekt Anteil genommen habe, ungewöhnlich müde werde. Also: Induktion vom Patienten auf den Arzt. Eine affektative Wirkung kann ich ausschließen, denn die Patientin ist mir in ihrem Wesen nicht unsympathisch. Woher kommt aber in mir diese Müdigkeit, trotz meinem großen Interesse am vorliegenden Problem? Es muß das erregte Sprechen und Denken sein, das im Intellekt bleibt und

dem vertiefenden Denken keine Zeit läßt. Darin kann auch die Ursache der chronischen Erschöpfung meines Gegenübers liegen. Frl. M. ist offensichtlich nicht „nervenschwach“ — bei einer derartigen Impulsivität und Lebendigkeit. Ihr Reden, ihr Verharren im rein intellektuellen Denken ist offenbar ihr Narkotikum, das sie vor der Empfindung der Schwere ihres Lebens schützt, sie aber auch davon abhält, gesund zu werden. Am Willen fehlt es nicht, davon ist viel da, sie will die verschiedensten Wege gehen und Pläne ausführen; nur versagt die Kraft stets bald. Um das Quellensymbol zu verwenden: Es besteht die Empfindung, daß alle Hahnen des Wasserverteilungs-Systems offen stehen, so daß die Quelle den Bedürfnissen nicht genügt.

Beim Heilungsweg muß ich an die Art des Schwimmenlernens denken. Der unerfahrene Schwimmer erschöpft sich rasch. Er will nämlich schnell und weit schwimmen und muß es immer wieder erleben, daß er vorzeitig erschöpft wird und daß viele andere ihm vorkommen. Ändert der Schwimmer dann aber seine Taktik und ist nicht mehr darauf bedacht, schnell zu schwimmen, sondern so langsam, daß er nie Ermüdung fühlt, dann erst wird er allmählich neue Schwimmfähigkeit gewinnen. Bisher hat er sich gegen Schwerkraft gewehrt, die ihn unters Wasser ziehen zu wollen schien. Jetzt lernt er, sich dem Wasser anzuvertrauen und möglichst tief eingetaucht zu schwimmen. Bei gut gefüllten Lungen trägt ihn dann das Wasser, ohne daß er weiterer Kraftanstrengung für den Auftrieb bedürfte. Dann wird er die Ökonomie der Bewegungen beobachten: Arme und Beine holen sachte und entspannt aus, während dem Rückschlag vollste Kraft zuteil wird; darauf folgt eine Ruhepause, in der der Körper durchs Wasser gleitet. Kommt das neue Ausholen zu rasch, so wird das stille Vorwärtsgleiten vorzeitig abgebremst. Aus diesen wichtigen Ruhepausen zieht der Schwimmer die Kraft zum neuen Schlag und wird so in kurzer Zeit zum unermüdlichen und bald auch zum raschen Schwimmer.

Die einzelnen Phasen beim Schwimmenlernen lassen sich in unserem Falle auf das „Lebenlernen“ beziehen, unter der stillen Voraussetzung natürlich, daß man die Lebenssituation der Patientin zuerst psychologisch erforscht. Anstatt viel zu wollen, gilt es jetzt zunächst einmal den Willensaufwand und damit den Kraftbedarf auf das kleinstmögliche Maß einzuschränken. Die Patientin legt sich nieder und trachtet nach vollständiger Muskelentspannung. Es treten immer neue Muskelimpulse auf oder sie will über Dinge sprechen, die unwichtig sind oder von denen sie schon erzählt hat. Es ist nicht leicht, einem Menschen in dieser inneren Lage zur Stille des Intellekts zu verhelfen. Eine wertvolle Hilfe sind dabei Atemübungen, namentlich Summen in verlängerter Ausatmung.

Der Atmung kommt unter den Organfunktionen eine Sonderstellung zu, die sie für die Psychotherapie von jeher in den Vordergrund gerückt hat. Das Atmen stellt eine Brücke her zwischen Unbewußtem und Bewußtem, zwischen innerer Empfindung und Willen. Der unwillkürlichen Atmung prägen sich alle Empfindungen in Rhythmus, Amplitude und Niveau des Exspirationspunktes auf. Gedrückte Stimmung schafft z. B. erhöhte Frequenz, kleine Amplitude und tiefen Exspirationspunkt, gehobene Stimmung dagegen tiefen, langsamen, gehobenen Atem. An diesem Punkte kann der Wille in einem gewissen Maße auf das Lebensgefühl Einfluß gewinnen, indem er den ruhigen tiefen Atemrhythmus herstellt.

Den anstürmenden Gedanken wird gesagt: ich brauche euch nicht, ich will jetzt nichts weiter als leben, atmen und stille sein. Dieser abgelöste Zustand ist, insoferne er erreicht wird, ein erstes Stück Gesundheit, an das sich weitere Gesundheit ankristallisieren kann. Das Nichtswollen, Nur-sich-

leben-lassen ist ein erstes „wu-wei“, „Nicht-tun“ im Sinne fernöstlicher Philosophie, oder ein Anfang des Sichlassens im Sinne E c k e h a r t s.

Dieser Übung wird eine längere Zeit gewidmet, bis eine gewisse Stille durch Dauer gewonnen ist, dann erst dürfen einige Gedanken von der Patientin vorgebracht werden, soferne sie diese als wesentlich empfinden kann. Bisher ist ihr alles wichtig oder alles unwichtig erschienen. Wesentliches wurde kaum mehr von Unwesentlichem geschieden. Aus der Anarchie des Denkens muß nun langsam eine Hierarchie der Werte gebildet werden. Hierzu tragen die aus der geschaffenen Stille auftauchenden Gedanken bei. Jetzt erst ist die Patientin in der Lage, aus der Antwort auf eine Frage des Arztes Nutzen zu gewinnen. Vorher sprudelten in die Antworten bereits zehn neue Fragen.

Ich empfinde die gewandelte Lage zuerst an mir: die Unterredung macht nicht mehr müde. Ich habe jetzt bei dieser Patientin erstmals die Empfindung, wirksam sein zu können. Es zeigt sich auch bald, daß die Patientin auflebt, daß sie die Zusammenhänge erfaßt, frischer wird, neue Unternehmungsfreude zeigt und — „schwimmen lernt“ (leben lernt).

Der Heilungsweg war nicht denkbar ohne die psychologische Einsicht der Analyse. Diese allein hätte jedoch nicht genügt, um die Wandlung herbeizuführen. Damit die vorhandene Kraft ausreichte, mußte erst das Stillewerden gelernt, die Gewohnheit, in manchen Fällen sich zu wehren, abgelegt, die Erfassung des Wesentlichen gelernt und ein neues Ziel gesetzt werden.

Ein anderes Beispiel ist dadurch gekennzeichnet, daß der Nervenzusammenbruch in kurzperiodischer Wiederkehr eintritt; die seelische Erschöpfung führt zu einer Reihe von Somatisationen, weshalb die Patientin jeweils Ärzte aufsucht, aber meistens ohne Hilfe zu finden. Fräulein E. ist Lehrerin, etwa 40 Jahre alt, von wenig angenehmer Erscheinung. Der Arzt empfindet unmittelbar die große Schwere ihrer Wesensproblematik und hat den Impuls, sich zurückzuziehen. Es gibt ja Patienten, bei denen man sich gleich bewußt wird: da ist kein „schöner Erfolg“ zu erzielen.

Ich möchte hier nur einige Momente aus der Kausalität dieser Nervenzusammenbrüche darstellen. Es handelt sich auch in diesem Falle um ein energetisches Problem. Das psychische Vermögen der Patientin wird durch den Kampf mit inneren Dämonen, aber auch durch die Isolierung, das Alleingehen auf abseits liegenden Wegen, verzehrt. Es sind nämlich Eigenheiten vorhanden, die die Menschen vor den Kopf stoßen. Gelänge es der Patientin, diese Eigenheiten abzulegen, so würde ihr das Leben leichter werden, da sie Geborgenheit in Freundschaft finden könnte. So aber ist sie einsam; niemand läßt sie in der besonderen Art ihres Wesens gelten. Sie hat unzählige „gute Ratschläge“ bekommen, hat sich mit Nachdenken über ihr eigenes Leben erschöpft.

In der ersten Zeit wird der Arzt sie mit ihren Eigenheiten annehmen, ohne seine Eindrücke in gut und böse zu trennen. Das streckenweise Zusammengehen schafft eine erste Geborgenheit, in der daran gearbeitet wird, Wesentliches von Unwesentlichem in der Persönlichkeits-Gestaltung zu unterscheiden und dem Wesentlichen die Kraft zuzuführen. In der ersten Phase entsteht notwendigerweise Bindung und Anklammerung an den Arzt. Das Ziel ist aber: Getragensein ohne Anklammerung an einen Menschen, Wachsen nach dem inneren Bauplan im Vertrauen auf dessen transzendente Weisheit, womit die Dankbarkeit auf natürliche Weise vom Arzte weg zum Leben, zur Führung hinwandert.

Hinter den Zusammenbrüchen dieser Patientin steht als Ursache auch die Halb- und Hohlheit unserer Zivilisation, deren Gesetze und Wertungen von ihrer Psyche nicht mehr als maßgebend anerkannt werden, während aber auch noch nicht die Geborgenheit in der Erkenntnis des übermenschlichen Gesetzes gefunden ist. Zeitweise Zusammenbrüche sind für diesen Menschen noch Entwicklungsnotwendigkeiten. Im Zusammenbruch wird nämlich wieder abgebaut, was im Aufbau noch nicht gut gefügt und willkürlich war, um es neuerdings, aber mehr dem Urplan entsprechend wieder aufbauen zu können.

Der Arzt muß sich natürlich bewußt sein, daß solche Fälle nicht „geheilt" werden können. Das Leben arbeitet an ihrer Heilung. Der Arzt wird nur zur Mitwirkung in diesem Heilplan gerufen.

Ein drittes Beispiel von Zusammenbruch infolge Dauerkrieg in der eigenen Person: Frl. G., 41 Jahre alt, in schwerem Zusammenbruch mit Depression. Sie kann nicht lieben. Der Weg dazu ist ihr durch „Dornengehege" versperrt. Ihr wahres Wesen ist aber so beschaffen, daß sie im Lieben ihr größtes Wirken entfalten könnte. Sie ist von dem Verlangen erfüllt, daß die Welt gut werden solle, kein Krieg mehr kommen, kein sündiger Gedanke mehr ihr Gemüt aufwühlen möge. Oft aber ist die Welt schlecht, der Geist des Kampfes und Streites ist überall, und ungewollte, „sündige" Wünsche kommen in ihr eigenes Herz. Zwar lassen sich diese Wünsche in eine andere Schicht des Bewußtseins abdrängen, aber sie schaffen innere Zwietracht, und es treten in der Folge heftige Angstaffekte auf.

Jeder Seelenarzt weiß, was es bedeutet, wenn man bei einem solchen Menschen eingreifen will, um die Befreiung vom anerzogenen und eingebildeten Müssen, von Heit und Keit (Spitteler) einzuleiten. Es wird dabei nötig, die äußere Moral zu durchbrechen, dogmatisches Rechtsempfinden zu zerschlagen und zum inneren Muß zu führen, zu jenem Gesetz, das sich aus der Verbundenheit mit dem Leben ergibt. Da kommt dann eine Zeit, in der der Boden zu wanken scheint, kein Weg mehr sichtbar ist und angstvoll nach einem Weg gerufen wird, wie bei jenem Schüler Tschuang-Tses, der vom Meister die Antwort erhält: „Du hast einen Weg, es ist schwer, ihn zu gehen, die leichten sind nicht vom Himmel".

Auch dieser Fall von Nervenzusammenbruch ist ein Symptom, daß die äußere Kultur versagt. Damit eine neue Kultur wird, muß es in vielen Einzelnen zusammenbrechen und ein neuer Weg gefunden werden.

Der große Kraftentzug ist in diesem Falle aus dem Kampfverhältnis zwischen dem ersten und dem zweiten Bewußtsein entstanden. Keines kann den Kampf gewinnen. Jedes hat Wahrheit für sich. Es werden in Phantasiegesprächen große Schlachten zwischen den beiden Parteien geschlagen. Mit dem Arzte zusammen wird nun die neue, über den beiden Parteien stehende Einheit der Lebenserfassung gesucht, die möglichst wenig aus der Wahrheit des Arztes und möglichst weitgehend aus der Wahrheit des Suchenden zu stammen hat. Wahrheit läßt sich nicht absolut setzen, weil sie in bezug auf ein dynamisches System erscheint (auf einen Menschen, ein Volk, auf die Menschheit). Das Absolute, Losgelöste, Sinngetrennte bringt dem Leben keine Hilfe. Hilfe ist nur in dem, was in Verbindung steht, sinnverbunden ist. Nun wird der „Sinn" in manchem Erlebnis aber unsichtbar, und da wird es dann oft zur wichtigsten Aufgabe für den Psychotherapeuten, seinem Patienten zu helfen, in den Geschehnissen seines Schicksals den Sinn aufzu-

decken oder zu schaffen. Die Sinngebung setzt die Anerkennung der Naturgesetzlichkeit voraus und führt zum transzendenten, religiösen Sinn hin. Wenn aus Sinnlosigkeit Sinn wird, wird auch Liebe aus Haß oder Angst; so werden Sinn und Liebe eins.

Ein altes Wort sagt dies in der Umkehr: „Vollkommene Liebe bannt die Furcht."

Nachdem sich diese innere Wandlung vollzogen, die hier nicht berichtet werden kann, weil das nur ausführlich geschehen dürfte, blühte die große Liebesfähigkeit dieser Seele zu aller Kreatur auf und damit waren die Depressionen endgültig überwunden. —

Angst und Haß verzehren am meisten Seelenkraft. Es könnten noch viele Beispiele beigebracht werden, wie Menschenseelen zusammenbrechen, wenn sie von Angst und Haß erfüllt werden, weil sie nicht mehr lieben können. Die Kinderseele ist meist von Natur „offen" — um den Ausdruck von Anker Larsen zu gebrauchen; aber es gelingt ihr selten, offen zu bleiben unter dem Druck der Forderungen, die von außen an sie gestellt werden. Wenn die Menschenseele dann in einer bestimmten Lage wahrnimmt, daß ihre Kraft nicht ausreicht, so trachtet sie zuerst und vor allem, ihre Kraft zu mehren. Und die Hilfe kommt schließlich durch den Nervenzusammenbruch und das Leidenlernen. Im Zusammenbruch lernt sie, nur das zu wollen, was ihr zukommt, und es kommt nicht aller Aufstieg aus Kraft und Wille, sondern mancher wird aus Schwäche und Armseligkeit geboren.

Biopsychische Betrachtungsweise des Asthmas

Von

Prof. Dr. med. A. A. Friedländer in Freiburg i. Br.

Biopsychische Betrachtungsweise bedeutet körperlich-seelische, wenngleich sich das Fremd- und das deutsche Wort nicht decken. Ich vermeide die Bezeichnung psychobiologisch, weil Lungwitz (dem wir vielseitige Erkenntnisse zu verdanken haben) in seiner Methode eine Erkenntnistherapie sieht, die zweifellos auch bei Asthmatikern von Wert sein kann, aber der von mir geübten Behandlung nicht gleich zu setzen ist.

Die leibseelische Behandlung jedes Kranken entspricht der uralten Auffassung aller Ärzte, zum mindesten seit Hippokrates; die Forderung, den ganzen Menschen und nicht nur einen kranken Körperteil zu behandeln, ist keine Entdeckung der Neuzeit. Die klinische und ursächliche Beurteilung des Asthmas ist uneinheitlich, demzufolge auch die Behandlungsvorschriften. Die große Zahl von Arzneimitteln, die jedes Jahr um neue vermehrt werden, beweist, daß wir kein einziges in allen Fällen sicher wirksames besitzen. Die Mehrzahl der Ärzte anerkennt eine allergische Grundlage. Manche unterscheiden zwischen einem allergischen und nichtallergischen, zwischen einem organischen und nur oder vorzugsweise nervösem oder seelisch bedingtem Asthma. Die Vertreter der inneren Medizin befürworten eine mehr körperliche (arzneiliche, spezifische, unspezifische) Behandlung, die vorzugsweise

seelisch behandelnden Ärzte treten für Psychotherapie ein. Wenn die Anhänger verschiedener Schulen ihre Kranken, in diesem Falle die Asthmatiker, biopsychisch behandeln, werden sie, soweit meine Erfahrungen mir ein Urteil erlauben, die besten Erfolge erzielen.

Den ersten schweren Fall von (allergischem) Asthma nahm ich 1908 in Behandlung, also zu einer Zeit, da man eine Allergiefrage noch nicht kannte. Über später von mir beobachtete Krankheitsfälle berichtete ich darum nicht, weil ich meine Behandlungsart nicht für bemerkenswert, sondern für selbstverständlich hielt. Erst 1927 sah ich mich bei einem ärztlichen Kongreß zu einem kurzen Hinweis auf meine Erfahrungen veranlaßt, die mit den Laudenheimerschen weitgehend übereinstimmen.

Ich setze an Stelle weiterer wissenschaftlicher Erörterungen einige kurzgefaßte Krankengeschichten.

Fall 1.

Der Vater der 39jährigen Kranken war asthmaleidend. Fräulein H. gab an: Angstträume in der Kindheit. Beginn asthmatischer Beschwerden im 3. Lebensjahr, allmählich zunehmend und eine derartige Stärke erreichend, daß der Schlaf immer schlechter, die Nahrungsaufnahme immer geringer und die auf Erwerb angewiesene Kranke arbeitsunfähig wurde. Sie mußte zu mir gefahren werden.

Es wurden so gut wie alle Mittel versucht. Sie blieben entweder wirkungslos oder beseitigten die Anfälle nur vorübergehend. Eine gewisse Linderung erzielten Räuchern und Rephrin.

Befund: Die Kranke sieht blaß und elend aus. Das Fettpolster ist geschwunden. Über der ganzen Lunge hört man starkes Rasseln, Pfeifen, Giemen. Die Atmung ist außerordentlich beschleunigt. Die Brust bewegt sich kaum.

In so schweren Fällen besteht die ärztliche Überlegung darin: Wie kann dem Kranken eine gewisse Erleichterung möglichst rasch geboten, Hoffnung und Vertrauen eingeflößt werden. Letzteres ist besonders schwierig, wenn ein seit Jahrzehnten bestehendes Leiden trotz aller früheren Behandlungsversuche immer schlechter wurde. Da tritt an die Stelle der Morphium-Einspritzung (die man dem gequälten Kranken gerne verabfolgen möchte, aber der drohenden Morphiumsucht wegen nicht verabfolgen darf!) zunächst die seelische, auf sie folgt schon während der ersten Beratung die körperliche, die Massage-Behandlung und Atemgymnastik. Weitere Verordnungen: Möglichst flüssigkeitsarme, reichliche Ernährung; als letzte Mahlzeit rohe Haferflocken mit Honig und Sahne. Bei auftretenden Beklemmungen warmer Stamm- und kalter Kopfumschlag. Täglich mehrmals Atemgymnastik nach erteilter Anweisung.

Die Kranke wird gehfähig, ist viele Monate fast beschwerdefrei und in der Lage, ihre Tätigkeit wiederaufzunehmen, die sie bis heute ausübt.

Fall 2.

Fräulein C. D. kommt mittels eines Kraftwagens in meine Sprechstunde (1926). Ein Asthmaanfall wird vom anderen abgelöst. Die Kranke ringt nach Luft. Der Puls ist flatternd. Eine Untersuchung ist zunächst undurchführbar. Nach einigen aufklärenden Worten leitete ich die Hypnose ein. Während des halbstündigen leichten Schlafes trat kein Asthmaanfall auf.

Vorgeschichte: Nervöse Belastung. Im 1. Lebensjahr Keuchhusten, Masern; im 5. nach Erkältung erster Asthmaanfall. Jodbehandlung erfolglos. Fast dauernd unter ärztlicher Aufsicht. Versuche, durch Luftveränderung (Aufenthalt an der See, im Mittelgebirge) das Leiden zu beeinflussen, schlagen fehl. Suprarenin bessert vorübergehend. Asthmolysin bleibt wirkungslos. Fieberbehandlung mit Tuberkulin, mit Höhensonne erzielt keine Besserung, ebensowenig Brom, Luminal, Tutocain-Adrenalin.

Die Merk- und Arbeitsfähigkeit war beeinträchtigt. Die Stimmungslage wurde stets gedrückter. Die durch mehrere Wochen durchgeführte hypnotische Behandlung mit Schlafdauer bis zu mehreren Stunden, Atemübungen während der Hypnose, später im Wachzustand vorgenommen, bei auftretenden Beklemmungen heiße Einpackungen, abwechselnd mit warmen Senffußbädern und kalten Übergießungen der Unterschenkel und Füße machen die Kranke anfallsfrei und bewirken körperliche und seelische Ertüchtigung. Durch eingehende (aber gekürzte) Analyse (im Stekelschen Sinne) konnte ich den engen Zusammenhang des Asthmas mit früheren und gegenwärtigen Erlebnissen feststellen. (Liebeskummer; Verstimmung über mangelnde Arbeitsfähigkeit; zufolge der von ihr stark empfundenen biopsychischen Minderwertigkeit sank ihr Lebenswille.)

Die Behandlung wurde in längeren Zwischenräumen mehrmals wiederholt, und zwar dann, wenn sich wieder eine gewisse Anfallsbereitschaft zeigte. Fräulein C. D. war in der Lage, eine Stellung anzunehmen, in der sie sich noch jetzt (seit mehreren Jahren) befindet.

Fall 3.

Der 23jährige M. K. wurde mir von einem auswärtigen Kollegen überwiesen. Innerhalb von drei Jahren wurde er 10mal wegen schweren Bronchialasthmas und „exsudativen Ekzematoids" in die Klinik aufgenommen. Die Hauterkrankung wechselt mit dem Asthma ab. Die Schlafstörung tritt bei Verwendung einer Hängematte nicht auf! Asthmolysin, Kalzan, Strontiuran, Adrenalin, Ephedrin, Aufenthalt im Mittelgebirge, in der allergiefreien Kammer wirken vorübergehend, ebenso ein Versuch mit Alttuberkulin, Hungertagen, durchgreifender Änderung der Ernährung. Die überaus eingehende Nahrungsmittelprüfung ergab keine wesentlichen Anhaltspunkte. Auch bei einseitiger Ernährung mit Brot, Tee und Zucker dauern die Asthmaanfälle ununterbrochen derart an, daß, nachdem auch Adrenalin nur vorübergehende Erleichterung bringt, zum Morphium gegriffen wird. Nach Hautprüfungen mit Extrakten von Allergenen verstärken sich die asthmatischen Beschwerden, sowie das Hautjucken. Mit Zurückverlegung in die Kammer hört das Asthma fast schlagartig auf, um nach neun Tagen wiederzukehren. Nach der 7. Alttuberkulin-Einspritzung, 1 : 1,000.000 (0,5 ccm), nimmt das Asthma zu. Nach einer Woche wird es geringer. Der Kranke wird aus der Klinik mit dem Rat entlassen, die A.-T.-Kur fortzusetzen. Schon am Abend des Entlassungstages wird er von einem so schweren Asthmaanfall heimgesucht, daß der Arzt seines Wohnortes geholt werden muß. Ein auftretendes Fieber bewirkt augenblickliches Aufhören des Asthmas.

Der Kranke trat vor sechs Jahren in meine Behandlung. Er gab an: Im 6. Lebensjahr Lungenentzündung, später mehrfach Brustfellentzündung. Das Asthmaleiden besteht, so weit seine Erinnerung zurückreicht. Bevor er in die Klinik kam, war er dreimal in einem Badeort, später bei einem Bauer im Waldgebirge, dann in homöopathischer Behandlung. Während seines ganzen Lebens war er nur einmal ein halbes Jahr frei von Asthmaanfällen, und zwar während der Zeit, da er Waldarbeit verrichtete. Die Hauterkrankung trat erst später auf.

Ich nahm Hypnose, Massage, Atemübungen vor. Nach siebenmaliger Behandlung war die Lunge zum erstenmal von Geräuschen frei, und der Kranke konnte einen dreistündigen Spaziergang unternehmen; auch der Juckreiz blieb aus. Besonders eindrucksvoll war folgende Beobachtung. Vor Beginn der Massagebehandlung und der Atemübungen hörte man über der ganzen Lunge Pfeifen und Giemen. Nach der Behandlung waren diese Erscheinungen verschwunden. Das vorzügliche Befinden hielt nur drei Wochen an. Der Rückfall war durch Verhältnisse bedingt, die den Kranken seelisch schwer belasteten und vom Arzt nicht geändert werden konnten. Nach Wiederaufnahme der Behandlung bessert sich das Befinden sehr rasch. Der Kranke, der genau weiß, worauf es bei den Atemübungen ankommt, hat gelernt, den Atem bis zu 70 Sekunden anzuhalten. Ein halbes Jahr später berichtet er mir, er habe sich im ganzen leidlich gefühlt.

Fall 4.

Der 23jährige K. A. ist der Sohn eines Deutschen, der an Asthma litt, und einer „nervösen" Südländerin. In der Kindheit überstand er Masern, Keuchhusten, im 15. Lebensjahr eine Brustfellentzündung. Bis zum 4. Jahr trat wiederholt ein Hautausschlag auf dem behaarten Kopf und im Gesicht auf. Als das Ekzem fortblieb, begann der Kranke an Heuschnupfen und Asthma zu leiden.

Behandlung: Arsen, gymnastische und Atemübungen, Massage, „Entspannung".

Während der Kranke bei der zweiten Behandlung nur acht Sekunden in der Einatmung verharren konnte, gelingt es ihm später, den Atem 45 Sekunden anzuhalten. Die verständnisvolle und energische Mitarbeit des sehr intelligenten Mannes führte rasch zur allgemeinen Kräftigung und zur Beseitigung der asthmatischen Anfälle.

Die vier Krankheitsfälle zeigen übereinstimmend: Erbliche Belastung durch Asthma und gewisse Abartungen in nervöser Beziehung bei den Vorfahren, die sich bei den Kranken selbst in stärkerem Maße bemerkbar machen. Gleichsinnige Verhältnisse finden wir, wenn wir genügende Nachforschungen anstellen, bei allen an schwerem Asthma Leidenden. So erklärt sich die Verlegenheitsdiagnose „nervöses Asthma".

Das echte Asthma ist die Teilerscheinung einer „exsudativen Diathese" (Hauterkrankung, Schleimhautstörungen), einer vasomotorischen Neurose (N o t h n a g e l), von Gefäßkrisen (P a l), einer Vasoneurose (Otfried M ü l l e r). Alle diese Kranken sind kapillarschwach. Der Nachweis gelingt durch die Kapillarmikroskopie (J a e n s c h und andere). Wir erkennen dies am deutlichsten aus dem 3. Fall, der in der Klinik besonders eingehend beobachtet und behandelt wurde. Der Kranke M. K. war wiederholt anfallsfrei, wenn das Ekzem auftrat. (Die Abschilferung der Haut war derart, daß er nach Ablegen der Kleidung die Hautschuppen zusammenkehren konnte!) Mit dem Schwinden des Ekzems traten die Asthmaanfälle auf.

Ich unternahm bei keinem meiner Kranken Testprüfungen; ich war von dem positiven Ausfall von vornherein überzeugt. Die Allergiefrage ist wissenschaftlich sehr bedeutsam, für das praktische Handeln und Behandeln belanglos. Die Mehrzahl der Asthmakranken wird mit der diesbezüglichen Veranlagung geboren; sie kommen sensibel, sensibilisiert zur Welt. Ein kleinerer Teil wird erst im Laufe seines Lebens „empfindlich", anfällig. Dies gilt besonders für die an Heuschnupfen und Heuasthma Leidenden. Ich führe

eine Beobachtung an, um zu zeigen, wie schwierig die Beurteilung des Allergieproblems ist.

Ein 22jähriges Mädchen wurde, als sie einen im Mittelgebirge liegenden Ort mit einem etwa 10 km entfernten vertauschte, von Heuschnupfen befallen, der jedes Jahr wiederkehrte. Beide Orte haben fast die gleiche Höhenlage und dieselben klimatischen Verhältnisse; ihre Gräser unterscheiden sich voneinander in keiner Weise. Die frühere Lehrzeit verbrachte sie in landwirtschaftlichen Betrieben (Bayern, Sachsen und Ostpreußen), auch zur Zeit der Heuernte. Warum trat der erste Heuschnupfenanfall nach Aufgabe der letzten Dienststelle auf? Ich finde keine andere Erklärung als die: Die zuletzt geübte Tätigkeit war unbefriedigend; besondere Umstände hielten sie in nervös-seelischer Spannung, durch diese wurde die verborgene (latente) Veranlagung offenbar.

Die Vorgeschichte belehrt uns nicht nur über Art und Dauer der Erkrankung, erbliche Verhältnisse, Veranlagung, sondern auch über das Gepräge, den Charakter der Kranken und die Einstellung zu „ihrem“ Leiden.

Die erste Aufgabe besteht in seelischer Aufrichtung, in Erweckung von Hoffnung auf Besserung und Heilung. Das Vertrauen zum Arzt, der Glaube an sein Können, wirken bahnend und wegbereitend. Die Behandlung muß seelisch gerichtet sein und bleiben, aber durch andere Maßnahmen, die jedem einzelnen Falle anzupassen sind, unterstützt werden. Neben Ernährungsvorschriften (Überernährung; Einschaltung von Obst-, Kartoffel-, Rohkosttagen) und sorgsamer Regelung der Verdauung muß die Hydrotherapie herangezogen werden. Bei sogenannten vollblütigen Personen wirkt ein Aderlaß (3—400 ccm, innerhalb 4—6 Wochen zu wiederholen), ebenso die Anlegung von Blutegeln sehr günstig. Bei sehr gestörter Nachtruhe, wenn verlängerte warme Bäder, Stammwickel, Fußbäder versagen, verordne ich höhere Gaben von Brom, denen ich eine ganz kleine Menge von einem der bekannten Schlafmittel zufüge. Niemals aber lasse ich irgendwelche Arzneimittel längere Zeit gebrauchen.

Hauptinhalt der Behandlung stellt die psychische, die Massage und die Erziehung zum „richtigen Atmen“ dar. Viele Menschen atmen unzweckmäßig, oberflächlich; jeder Asthmatiker atmet falsch. Zunächst erläutere ich dem Kranken, worin seine „verkehrte“ Atmung besteht. Dann zeige ich ihm die beiden Formen der Ein- und Ausatmung.

1. Einatmung: Hebung des Brustkorbes, Einziehung des Leibes; Ausatmung: Senken des Brustkorbes, stärkste Vorwölbung des Leibes.

2. Umkehrung; also Einatmung unter Vorwölbung, Ausatmung unter Einziehung des Leibes und Vorwölbung des Brustkorbes.

Die Massage wird in folgender Form angewendet:

1. Die Knetung, Walkung, Beklopfung der Hautoberfläche der Anregung des Kreislaufs dienend. 2. Die Massage des rhythmischen Drucks nach Cederschiöld als passive Atemgymnastik. 3. Die Druck-Saug-Massage.

Wenn der Kranke gelernt hat, auf Befehl einzuatmen, den Atem anzuhalten, langsam und tief auszuatmen, wird seine Atemmuskulatur dadurch gekräftigt, daß er Ein- und Ausatmen lernt, gegen allmählich verstärkten Druck, den die beiden auf Brust, bzw. Leib aufgelegten Hände des Arztes ausüben.

Ich kann hier die einzelnen Handgriffe nicht erläutern; sie sollen in einem Buch über die Art und das Anwendungsgebiet der Massage dargestellt werden.

Nun komme ich zur Beantwortung von zwei Fragen, die wohl bei jedem Leser dieser Arbeit auftauchen dürften.

1. Ermöglicht die biopsychische Betrachtungsweise des Asthmas die Aufstellung eines Behandlungsplanes, der Heilung gewährleistet?

2. Dürfen wir annehmen, eine ererbte Minderwertigkeit (konstitutionelle Allergie, Sensibilität, erworbene Sensibilisierung) durch irgendeine Behandlung zu beseitigen?

Beide Fragen beantworte ich auf Grund meiner Erfahrungen (ähnliche haben verschiedene andere Beobachter gemacht) mit einem bedingten Ja.

Die seelische Behandlung, in erster Linie die aufmunternde und die hypnotische, dämpft die Erregbarkeit und setzt die Anfallsbereitschaft herab. Die Massage und Atemgymnastik, die Widerstandsübungen wirken ursächlich. Der Kranke lernt die Selbstbehandlung. In vielen Fällen gelingt nicht die Herbeiführung einer Heilung derart, daß die Anfallsbereitschaft aufgehoben wird; jedoch auch in den schwersten Fällen kann der Kranke arbeitsfähig gemacht und ihm gezeigt werden, daß er sich mit seinem Leiden nicht abzufinden braucht. Es kann somit die Zahl der Invaliden zum mindesten wesentlich beschränkt werden.

Meine Ausführungen werden Widerspruch begegnen; es sei mir darum gestattet, zu betonen: Der mir zur Verfügung stehende Raum erlaubt mir nur eine flüchtige Darstellung der Behandlungsart, die ich für die zweckmäßigste und wirksamste halte. Wer diese bezweifelt, muß sich der Mühe unterziehen, diese Behandlungsart, vor allem die besondere Anwendung der Massage zu erlernen. Er muß um die Physiologie und Pathologie der Atmung Bescheid wissen, die Atmungsmechanik beherrschen. Das uralte Wissen um die Bedeutung der Atmung als Lebenspfeiler der Gesundheit (Buddha, Laotse, Yoga) ist verschüttet, allmählich wird es ausgegraben und jahrtausendalte Erfahrungen erweisen sich durch experimentelle Untersuchungen (röntgenologische Feststellungen) als zutreffend. An der Atmung beteiligen sich der Körperstamm, Ober- und Unterleib mit seinen Wänden und den von ihnen eingeschlossenen Organen. Ein außerordentlich bedeutsamer Anteil kommt dem Zwerchfell zu. Brust-, Rippen-, Zwerchfell-, Bauch-Atmung können geübt, gekräftigt (trainiert) werden.

Hofbauer zeigte, daß schweres Emphysem durch verstärkte Ausatmung und verminderte (gehemmte) Einatmung günstig beeinflußt und die Lungentätigkeit verbessert werden kann. Genau das gleiche ist bei dem Asthmatiker mit seinem starren Brustkorb und seiner Zwerchfellschwäche möglich. Henschen („Die postoperativen Pneumopathien“, Verlag B. Schwabe & Co., Basel, 1934) bewahrt seine Operierten vor den gefürchteten nachfolgenden Lungenerkrankungen durch Atemschulung. Er sieht in ihr „ein ebenso wirksames wie einfaches Vorbeugungsverfahren, zu dem es weder besonderer Apparate noch Auslagen bedarf, sondern nur einer planvollen Zusammenarbeit von Chirurgen, verständigen Kranken und intelligentem Pflegepersonal“. Henschen setzt seiner Arbeit ein Voltairesches Wort vor: „Ein gut

Teil menschlicher Krankheiten könnte weggeatmet werden." Man kann ohne weiteres hinzufügen: auch wegmassiert werden.

Solange die Mehrzahl der klinischen Lehrer, von wenigen Ausnahmen abgesehen (Hoffa, Lange, Lampert, Henschen), den Wert der Massage und Atemgymnastik zwar kennt, ihre Anwendung in der Hauptsache aber Laien überläßt; solange nicht jene Ärzte, die über die erforderliche Eignung und Liebe zur Sache verfügen, Gelegenheit erhalten, die bezügliche Technik zu erlernen, so lange werden die Behandlungserfolge, nicht nur auf dem Gebiet der asthmatischen Krankheiten, unbefriedigendere sein, als sie sein müßten.

Die biopsychische Betrachtungsweise in der Heilkunde verlangt von dem Arzt eine überschauende Einstellung, eine genaue Kenntnis der naturgemäßen, physikalischen und seelischen Behandlungsarten. In das krankhafte Geschehen soll er möglichst wenig (mit Arzneien) „eingreifen", sondern bestrebt sein, die natürlichen Abwehrkräfte des Körpers naturgemäß zu unterstützen.

Zur Psychotherapie des Asthma bronchiale

Von

Dr. Ernst Jolowicz in Paris

Isserlin errechnet eine halbe Million Asthmakranker in Deutschland. Über 100 000 davon sind jährlich erwerbsunfähig, und die Anzahl der durch Asthma invalid gewordenen Personen beträgt etwa $^1/_5$ der durch Tuberkulose Invaliden. Schon diese außerordentlich hohen Ziffern rechtfertigen ein intensives Suchen nach neuen Heilungswegen.

Aber auch theoretische Erwägungen rücken das Bronchialasthma zur Zeit in den Brennpunkt eines allgemeinen Interesses. Das Bronchialasthma ist ein Schulbeispiel dafür, daß zum Auftreten der Krankheit und zum Zustandekommen des Anfalls eine Reihe von Bedingungen zusammenkommen müssen, die in jedem einzelnen Falle einer eingehenden Analyse bedürfen. Die kausale Beziehung zwischen dem Anfall und der auslösenden Schädlichkeit ist ebenso wenig eindeutig zu fixieren, wie die zwischen Asthmabereitschaft und Konstitution.

Daß das Asthma in ätiologischer Beziehung keine einheitliche Krankheit ist, kann man schon der alten Einteilung entnehmen, die außer dem Asthma kardiale, das uns hier nicht interessiert, ein Asthma bronchiale und ein Asthma nervosum unterscheidet. Noch Strümpell arbeitet klinisch-symptomatologisch ein rein nervöses Asthma heraus, das er von dem Reflexasthma und von einer Bronchiolitis exsudativa asthmatica unterscheidet.

Wir können hier nicht auf die Einzelheiten der Asthmaätiologie eingehen. Wir wollen nur in großen Zügen darauf hinweisen, daß neben der mannigfachen somatogenen Entstehung auch der psychogenen Entstehungsweise vielfach gedacht wird. Von den somatogenen Faktoren kommt erstens

ein eigentlicher Organdefekt (Morawitz-Siebert) in Betracht, zweitens ein endokrines Moment, auf das Claude, Saleur, Magniel, Widal, Abrami u. a. hinweisen, wobei mehr oder weniger die Rolle des vegetativen Systems (Hirsch, Gordan, Braeuker) hervorgehoben wird, drittens eine exogene Schädigung in Form der Allergene (Storm. van Leeuven, Kremer u. a.).

Hansen von der internen Seite her, und J. H. Schultz von der psychologischen Seite, lassen den Asthmaanfall sich auf einer Steigerung der vegetativen Erregbarkeit aufbauen, auf Grund derer eine sonst unterschwellige Allergenmenge als Reiz wirkt. Nun kann sich die Krankheit im Sinne des Pawlowschen bedingten Reflexes entwickeln, wobei Signalmerkmale des allergentragenden Objektes schon auslösend wirken, so z. B. bei Überempfindlichkeit gegen Rosenduft bereits das Riechen an einer künstlichen Rose und bei Zigarrenrauch bereits der Anblick eines Rauchers im Film. Damit ist der Übergang zur psychogenen Entstehung gegeben. Besonders interessant ist der Nachweis von Bénard und Joltrain, daß sich der ganze somatische Komplex mit Cutanreaktion und hämoklastischer Krise auf psychogenem Wege auslösen läßt.

Bei der Vielgestaltigkeit der Entstehungsbedingungen und der Labilität ihrer funktionalen Bestandteile müßte schon aus diesen theoretischen Erwägungen zu erwarten sein, daß ein rationell angesetzter psychotherapeutischer Eingriff im Rahmen einer allgemeinen Asthmabekämpfung den Mechanismus des Einzelanfalls und die Anfallbereitschaft tiefgehend beeinflussen kann. Die praktische Erfahrung bestätigt diese Vermutung. Noch nehmen in der Literatur die Berichte über die Psychotherapie des Asthma einen geringen Raum ein, Autoren jedoch wie Laudenheimer, J. H. Schultz, Hansen u. a., die sich ausdauernd und ernsthaft mit dem Problem beschäftigt haben, verfügen über gute Erfolge. Wird das Asthma als eine Organneurose aufgefaßt, dann muß wie bei allen Organneurosen eine besondere Zielstrebigkeit und Ausdauer verlangt werden.

Der akute Anfall isoliert mit der überstarken Affektbesetzung des ganzen Ich den Pat. so, daß der Arzt, wenn nicht eine entsprechende Vorbehandlung stattgefunden hat, kaum jemals den notwendigen Kontakt findet. Die kombinierte, von Laudenheimer empfohlene Behandlung mit Atemübungen und Suggestion kann bei konsequenter Anwendung der Übungen außerhalb des Anfalles dazu beitragen, diesen im akuten Stadium zu kupieren. Dasselbe gelingt aber im Verlaufe einer Behandlung auch mit anderen Methoden, nur die rein symptomatische Lösung des einzelnen Anfalles mit psychotherapeutischen Eingriffen begegnet aus der Struktur des Anfalls heraus einigen Schwierigkeiten.

Drei Beispiele dienen zur Illustration.

Fall 1.

Eine 40 Jahre alte Lehrerin kommt wegen jahrelang bestehenden, vielfach vorbehandelten Asthmas zur Analyse. Nach einigen Monaten Behandlung entwickelt sich

bei der in einer fremden Stadt wohnenden Patientin ein status asthmaticus mit hohem Fieber und ausgebreiteten bronchopneumonischen Herden. In der analytischen Sitzung, die am Krankenbett der fieberhaften Patientin stattfand, entlastet sich die Patientin unter starker Affektentladung von dem Druck, unter den sie die gegen den Widerstand ihrer religiösen und weltanschaulichen Prinzipien übermächtig entwickelte Übertragung gesetzt hat. Die große seelische Spannung löste sich auf diese Weise, und noch am gleichen Tage war die Patientin entfiebert und der asthmatische Zustand wurde mit einer großen Exspektoration beendet.

Fall 2.

Bei einem 16jährigen Jüngling sollte die Behandlung während des Anfalles aufgenommen werden. Der sehr intelligente junge Mann kam durchaus willig zu der von der Mutter gewünschten Suggestivbehandlung. Mehrere Sitzungen führten zu keinerlei Ergebnis, der Rapport war nicht herzustellen, eine Hypnose nicht zu erreichen, die Spannung nicht zu lösen. Im weiteren Verlauf stellte sich heraus, daß der Patient übermäßig stark an seine Mutter fixiert war. Das Asthma schwand, sobald der Junge allein in ein Erziehungsheim im Hochgebirge ging. Als er zur Mutter zurückkehrte, setzten die Anfälle wieder ein. Zu Hause war mit keinem psychischen Mittel an die Erkrankung heranzukommen, so daß die Behandlung bald abgebrochen wurde. Die ganze Asthmabereitschaft löste sich dann spontan, als der junge Mann nach glänzend bestandenem Abiturientenexamen die Universität bezog, reifer und selbständiger wurde, und die Mutterbindung durch erotische Erlebnisse auf ein verständiges Maß zurückging.

Fall 3.

Die Mitteilung dieses Falles verdanke ich Herrn Kollegen Wolfer in Davos. Ein schwerer Asthmatiker war 3 Monate lang in klinisch-somatischer Behandlung. Am Tage meist frei, entleerte er jede Nacht unter schweren Hustenanfällen ca. 300 g schleimiges Sputum z. T. mit Bronchialausgüssen. Am Abend vor seiner Abreise sollte der Patient, der eine heftige Abneigung gegen die vielen ihm verordneten Injektionen hatte, noch eine Beruhigungsspritze bekommen. Als der Arzt zu ihm ins Zimmer tritt, bekommt der Patient einen heftigen Erregungszustand, schlägt unbeherrscht auf den Tisch, zerreißt die Zeitung, schreit und tobt und beruhigt sich erst nach Stunden. In dieser Nacht entleerte der Patient kaum den zehnten Teil der gewohnten Sputummenge, was während der ganzen Behandlung noch nicht vorgekommen war.

Die Beispiele I und III zeigen, daß eine seelische Affektentspannung, die im ersten Fall bewußt herbeigeführt, im dritten Fall spontan eingetreten war, zu einer Kupierung des Anfalls und einem zeitlich so eklatanten Aufhören der somatischen Erscheinungen geführt hat, daß an dem Zusammenhang kaum zu zweifeln ist. Im Fall III scheint es so, als ob die seelische Entladung die körperliche Exspektoration überflüssig gemacht hätte. Jedenfalls geht aus solchen Beobachtungen hervor, daß der akute Anfall zum Ausdruck einer seelischen Situation werden kann. Fall II bringt den negativen Nachweis, daß auch bei einsichtsvoller Bereitschaft eine sicher vorhandene psychogene Komponente im akuten Anfall nicht zu beseitigen ist. Die aktuelle Störung macht ein tiefer greifendes Eingehen auf die Persönlichkeit des Kranken unmöglich.

Nur in seltenen Fällen wird man mit einfachem Suggestivverfahren die Anfallsbereitschaft bekämpfen können; daß es möglich ist, beweist folgende Krankengeschichte.

Fall 4.

Ein 13jähriger, sehr begabter und ehrgeiziger Junge bekommt seit Jahren an jedem Samstag und Sonntag typische Asthmaanfälle. An Wochentagen während der Schulzeit treten die Anfälle nicht auf, doch haben sie schon vor der Schulzeit bestanden und kommen während der Schulferien gelegentlich vor. Die Mutter des kleinen Patienten wurde von mir wegen psychogener Depressionen erfolgreich behandelt, eine Tatsache, die von vornherein eine günstige Heilatmosphäre herstellte. Aus verschiedenen grundsätzlichen und persönlichen Erwägungen war eine Analyse nicht durchzuführen. Die Psychogenie des Leidens ließ sich in ihren Grundzügen aus dem Krankheitsbild und den Familienbeziehungen ablesen. Schon nach den ersten Suggestivsitzungen war der regelmäßige Anfallturnus unterbrochen. Nach 5 Wochen Behandlung mit zum Teil hypnotischer Suggestion, Entspannung und Ruhigstellung kam es nur noch gelegentlich zu abgeschwächten Anfällen und die chronische Bronchitis ging zurück. Eine Nachuntersuchung nach Jahren ergab, daß der körperlich und geistig gut entwickelte Junge bis auf ganz geringe Andeutungen anfallsfrei und praktisch gesund war.

In der Regel kommt man ohne eine mehr oder weniger eingehende analytische Behandlung nicht aus, wenn man die Anfallsbereitschaft angehen will. Hier, wie bei allen Organneurosen scheint mir die Kombination der Analyse mit in geeignetem Augenblick einsetzender Suggestiv- und Übungstherapie, die Methode der Wahl zu sein.

Fall 5.

Ein zur Zeit der Behandlung 22 Jahre alter Student leidet seit seinem 4. Lebensjahr im Anschluß an einen Keuchhusten unter häufigen typischen Asthmaanfällen. Ein längerer Aufenthalt an der See brachte ihm jedes Jahr für die Zeit der Kur Erleichterung. Internistische, klinische, auch hypnotische Vorbehandlung erzielte keinen Dauererfolg. In den letzten Jahren traten die Anfälle fast nur in seiner Vaterstadt auf, einer sehr gesund gelegenen mittelgebirgigen Kleinstadt. Schon wenige Kilometer entfernt bei Verwandten hörte auch ein voll entwickelter Status asthmaticus sehr schnell auf.

In der nur 6 Wochen lang durchgeführten aktiven Analyse konnte die Genese der Anfallsbereitschaft in der früheren Kindheit nicht völlig geklärt werden. Es spielte sicher eine Tonsillotomie im Alter von 4—5 Jahren eine Rolle, bei der er von der Mutter gewaltsam festgehalten wurde, und an die er eine deutliche Erinnerung bewahrt. Die Mutter hat den Säugling nur kurze Zeit gestillt; als angeblich durch einen Schreck die Nahrung ausblieb, wurde eine Amme genommen. Die Mutter verzärtelte das schwächliche Kind bei seinen vielen Krankheiten sehr. Der Jüngling entwickelte einen männlichen Protest und drängte von der Mutter und deren Bevormundung, von der Heimatstadt weg. Hier liegt eine Determinante für die Persistenz der Anfälle.

Eine zweite Determinante steckt in dem Verhältnis zum Vater. Dieser ist Drogist; der Junge, an ihn stark affektiv gebunden, wollte gern das volle Chemiestudium erreichen, das dem Vater versagt war. Er soll das Geschäft des Vaters einmal übernehmen, braucht aber dazu kein volles Studium. Die Liebe zum Vater ist ambivalent, da er gleichzeitig den Vater seines Charakters wegen schätzt und seines, in den Augen des Sohnes, untergeordneten Berufes wegen verachtet. Er meidet die Vaterstadt, weil er den Vater nicht verdrängen, seinen Tod nicht herbeiwünschen will. Dieser Fluchttendenz wird die Anfallsbereitschaft dienstbar gemacht.

Die kurze Analyse brachte eine wesentliche Besserung, im allgemeinen Anfallsfreiheit, sogar in der Vaterstadt. Ein Rückfall nach übertriebener sportlicher Leistung führte den Patienten wenige Monate später zu einer kurzen autosuggestiven Therapie zu mir. Seither ist der Kranke 8 Jahre hindurch geheilt. Sein Ehrgeiz erlaubt ihm aber

nicht, die Heilung auf seelische Beeinflußung durch einen andern Mann zurückzuführen. Die Ablehnung des psychotherapeutischen Erfolges stellt gleichzeitig eine Rache an mir dar, da ich mich von jeder Gegenübertragung frei hielt.

Auch bei vorsichtiger Deutung dieses Falles muß man zugeben, daß die analytische Aufklärung der Krankheitsgenese, für die der Pat. durchaus einsichtig war, die seit der Kindheit vorhandene Anfallsbereitschaft beseitigt hat. Sicherlich haben die Lebensumstände, die zunehmende Reife, die längere Entfernung aus dem Elternhaus und der Verkehr mit anderen Kreisen, die Lösung der Elternbindung begünstigt. Ob der Pat. allein den Heilweg aus seiner Krankheit gefunden hätte, ist sehr zweifelhaft.

Angesichts solcher Erfolge, die durchaus nicht vereinzelt dastehen, ist es beschämend, in einem Eigenbericht von Friedenthal zu lesen, daß in 8 Jahren von den 20—30 konsultierten Ärzten keiner dem erkrankten Kollegen zu einer psychotherapeutischen Behandlung geraten hat. Schließlich brachte ihm ein einfaches autosuggestives Verfahren die Heilung.

Wenn auch die exogenen Faktoren der Asthmabildung vielgestaltig und die äußeren Bedingungen für das Zustandekommen des Anfalls und der Anfallsbereitschaft kompliziert sind, so muß doch der psychophysischen Person des Asthmatikers als Typus ein charakteristisches Gepräge anhaften. Die ganze Kollektivpsychologie steckt methodisch und sachlich noch in den ersten Anfängen. Es ist also nicht verwunderlich, daß auf unserem Gebiete nur ein Versuch vorliegt, die „charakteristische psychische Prägung des Asthmatikers“ herauszuarbeiten, der von Hansen gemacht wurde. Die wesentlichsten Merkmale sind für ihn eine sehr fein abgestufte Reagibilität, überdurchschnittliche Intelligenz mit gutem Gedächtnis, affektive Impressionabilität ohne Affektlabilität oder Affektausbrüche, erstaunlich schnelle Einschaltung des Willens. Nach meinen eigenen Beobachtungen ist das hervorstechendste Merkmal dieser Menschengruppe ihr selbstbewußter Ehrgeiz. Von den in dieser Arbeit erwähnten Fällen ist I eine Lehrerin mit einem überdurchschnittlichen Streben nach geistiger und religiöser Klarheit, mit einem Ehrgeiz, der an sich Ansprüche stellt, die ihrer Umgebung durchschnittlich fern liegen. II war ein ganz hervorragender Schüler trotz seines häufigen Fehlens und ist ein sehr guter Jurist geworden. Seine Mutterbindung beruht z. T. auf diesem gemeinsamen Ehrgeiz. IV ist ein Junge, dessen ehrgeiziges Streben schon jetzt weit über das soziale und geistige Niveau seiner Abstammung und Umgebung hinausreicht. V richtet seinen Ehrgeiz auf sozialen Aufstieg, sportliche Höchstleistungen und charakterlich männliche Festigkeit. Bei der Durchsicht meiner anderen Fälle stoße ich immer wieder auf die gleichen Haltungen des Seltbstbewußtseins und des Ehrgeizes.

Nicht selten macht sich diese Haltung als Widerstand gegen die „entehrende Psychotherapie“ geltend. Ihren körperlichen Ausdruck findet die innerliche Haltung darin, daß die Patienten immer gewissermaßen mit geschwellter Brust einhergehen. Es ist gewiß nicht zu entscheiden, was hier primär, was sekundär ist. Das chronische Asthma bewirkt chronische Bronchitis, Lungenblähung, faßförmigen Thorax, und die Behinderung der Exspiration führt tatsächlich zu der „geschwell-

ten Brust". Resultiert nun einzig aus dieser körperlichen Anomalie die seelische Haltung? Es hat nicht den Anschein, sonst müßten Emphysematiker anderer Genese die gleiche charakterliche Veränderung erfahren. Die bildsame Seele des werdenden Menschen kann gewiß durch die körperliche Komponente (Organminderwertigkeit) beeinflußt werden; es ist aber viel wahrscheinlicher, daß der Körper als Ausdruck und zur Gestaltung eines seelischen Gepräges herangezogen wird, und nur Gelegenheitsursachen, Allergenempfindlichkeit, gerade diese Form der Reaktion ausbilden.

Der konstitutionelle Faktor, die weitgehende Umwandlung der Persönlichkeit stellt den schwierigsten Teil der Asthmabekämpfung dar. Der Angriff auf den akuten Anfall erfordert andere Mittel als der Angriff auf die Anfallsbereitschaft oder auf die konstitutionelle Haltung. Erfolge auf dem einen Gebiet übertragen sich nicht ohne weiteres auf die anderen. Ich kann hier nicht das Beispiel des Falles I näher ausarbeiten, bei dem die Analyse eine tiefgehende Umwandlung der Persönlichkeit, aber trotz aller Erkenntnis kein Aufhören der Anfallsbereitschaft und der Fluchtmöglichkeit brachte.

Wenn die Psychotherapie des Asthma bronchiale auch keineswegs als die für alle Fälle und allein wirksame Behandlungsform empfohlen werden soll, so kommt ihr doch ein größerer Platz zu, als ihr gegenwärtig eingeräumt wird. Nicht nur die Fälle, deren Psychogenie unzweifelhaft ist, auch diejenigen, bei denen der psychogene Faktor eine Nebenrolle spielt, sind bei richtiger Ausnutzung der methodischen Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Beeinflussung zugänglich.

Experimenteller Hypnotismus

Von

Sanitätsrat Dr. G. Flatau in Berlin

Als am Ende der achtziger Jahre des 19. und weiter im Beginn des 20. Jahrhunderts der Hypnotismus seine Blütezeit erlebte, hat man wenig beachtet, daß eine solche ihm schon über ein halbes Jahrhundert früher beschieden gewesen war; zweifellos hat die Schule Freuds und die von ihr ausgehenden Richtungen den Hypnotismus sehr erheblich zurückgedrängt und seine therapeutische Anwendung eingeschränkt. Es wurde wohl vergessen, wieviel nicht nur die Psychologie, sondern auch alle Richtungen der Psychotherapie der Lehre vom Hypnotismus verdanken. Eine historische Betrachtung ergibt, daß aus der Hypnotherapie die kathartische Methode hervorging, daß aus ihr in gewissem Sinne die Psychoanalyse wurde, daß der Hypnotismus ferner Anteil an den Übungsmethoden und dem seelischen Training hemmender und fördernder Art hat.

Zudem scheint es, daß das Interesse am Hypnotismus in therapeutischer Beziehung wieder zunehme. Seit einigen Jahren wird auch die Wichtigkeit des experimentellen Hypnotismus mehr und mehr anerkannt. Man hat darauf hingewiesen, daß die Lehre vom Hypnotismus vielfach nur empirisch begründet sei, und daß sie experimentell und theoretisch ausgebaut werden

müsse. Ich kann diese Ansicht nicht ganz teilen. Es ist schon vielfach auf diesem Gebiete experimentell gearbeitet worden und an Versuchen theoretischer Begründungen, gestützt auf Experimente, hat es nicht gefehlt.

Ein paar Worte zunächst darüber, was experimenteller Hypnotismus sei: 1) Sind Versuche anzustellen, was das Wesen des Hypnotismus, wieweit die Wirkung der sogenannten hypnosigenen Mittel, und das Verhalten der Hypnotisierbarkeit, dem experimentellen Hypnotismus zuzurechnen sei. 2) Sind psychische und psychophysische Verhaltensweisen und Abläufe normaler und nicht normaler Art unter Einwirkung des Hypnotismus zu studieren.

Will man indessen den Begriff des Experimentes streng fassen, nämlich als Beobachtung eines Ablaufes unter bestimmten, vom Versucher gestellten Bedingungen, so würde dazu nicht gehören, die Prüfung des Zustandes einer Person, wodurch ich erst ersehen will, ob ein hypnotischer Zustand vorliegt, bzw. welchen Grad er erreicht hat. Ich habe eine Person in einen hypnotischen Zustand gebracht. Ich prüfe nun das Verhalten von Puls und Atmung, beobachte das Verhalten der Sinnesorgane, das Verhalten der Muskulatur, um mich von dem Vorhandensein und der Tiefe der Hypnose zu überzeugen; dies fällt nicht in den Bereich des Experimentes, denn es handelt sich um die Feststellung von Veränderungen, die dem beabsichtigten Zustand adäquat und zugehörig sind.

Gehe ich aber weiter so vor, daß ich nun prüfe, wie ich das Verhalten und die weiteren Abläufe durch ausdrückliche oder auf Umwegen gegebene suggestive Maßnahmen beeinflussen kann, so komme ich dem Experiment nahe und je systematischer ich das tue und je bestimmterer Fragestellung ich mich bediene, desto mehr werde ich den Erfordernissen des Versuchs gerecht.

Experimenteller Hypnotismus ist besonders zum Studium der vegetativen Funktionen verwandt worden. Wenn man will, mag man schon die Versuche des Pater Kircher an Tieren hierher rechnen.

In zulässiger Erweiterung des Begriffes sei noch an Differentialdiagnostisches und an Verwendung des Hypnotismus für forensische Zwecke gedacht; betreffs letzterer verweise ich auf meine Arbeit in der Zeitschrift f. d. ges. kriminalistische Wissenschaft und Praxis (1928).

Was die differentialdiagnostische Seite des experimentellen Hypnotismus betrifft, so spielt diese, dem Arzte vielleicht nicht immer bewußt, in fast jeder hypnotischen Behandlung eine gewisse Rolle. Die im Märzheft dieser Zeitschrift behandelte Lehre von den Organneurosen zeigt, wie oft die Frage „psychisch oder physisch" gestellt wird und wie oftmals von der Psychotherapie in irgend einer Form die Antwort erwartet wird. Besser wird man mit Bleuler fragen: inwieweit psychisch, inwieweit physisch? Die Hypnose wird eben nicht selten zur Entscheidung herangezogen.

Daß diese Frage gerade bei den Erkrankungen von Organen gestellt werden wird, die in besonderem Maße als Ausdrucksorgane gelten, ist nicht verwunderlich. Man denke an die Äußerungen des Volksmundes: mir hat sich dieser oder jener Gedanke, diese oder jene Gemütsbewegung auf den Magen,

den Darm, auf die Blase geschlagen. Man denke an Herzangst, an Versagen der Stimme, an Angstschweiß. Man erinnere sich an das Verhalten des Herzens, an die Tachykardien, deren Deutung oft Schwierigkeiten machen kann.

Bezüglich des Verhaltens des Verdauungstraktes ist sehr lehrreich ein Fall, der schon recht lange zurückliegt und der mir von einem Facharzt dieses Gebietes zur Behandlung, zugleich auch zur Klärung überwiesen wurde.

Ein 30jähriges Fräulein, bis vor einem Jahr immer gesund gewesen, sportlich (Reiterin) hervorragend, erkrankte mit Erbrechen und Durchfällen (letzteres auch gallig). Diät, Medikamente etc. ohne Wirkung; kein wesentlicher lokaler Befund, der die schweren Symptome erklärt hätte. Wenn auch vorübergehende Besserungen eintraten, wurde doch das Leiden durch keine Maßnahmen irgendwie bedeutend beeinflußt; da ein gewisser Grad von Abmagerung eintrat und der Zustand bedenklich erschien, wurde mir die Patientin zur hypnotischen Behandlung überwiesen, wobei ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, daß man sich eventuell eine Aufklärung des rätselhaften Falles in diagnostischer Beziehung verspreche. Schon damals verfolgte ich ein Vorgehen, das eine Kombination von Analyse und Hypnose darstellt. Ich werde es noch genauer schildern. Es ließ sich eine Reihe von Tatsachen herausstellen, aus denen hervorging, daß dem Leiden mindestens vielerlei psychische Momente zugrunde lagen. Weiterhin gelang es, nach einer Reihe von hypnotischen Sitzungen eine völlige Heilung herbeizuführen.

Ein günstiges Gegenstück bildet ein Fall aus letzter Zeit. Eine 37jährige Frau, welche in einer Scheidungsangelegenheit vielerlei schwere Aufregungen hatte, litt an Erbrechen, welches, als sie mir überwiesen wurde, schon eine Anzahl Wochen bestanden hätte und von dem Facharzt durch Medikamente, Diät etc. nicht beseitigt werden konnte. Auch hier wurde vor allem eine Klärung diagnostischer Zweifel verlangt. Hier wies die erweiterte Anamnese auf eine rein psychische Genese des Leidens hin; völlige Heilung gelang sehr schnell in einer Reihe hypnotischer Sitzungen.

Zum experimentellen Hypnotismus gehören auch die Versuche über Erzeugung von Krampfzuständen; auch hier wieder zum größten Teil zu differentialdiagnostischer Klärung bei unklaren mit Krämpfen einhergehenden Erkrankungen. Sie seien hier nur erwähnt, da ich wenig eigene Erfahrungen in dieser Hinsicht habe.

Sehr wichtig dagegen erscheinen mir die Versuche über das Verhalten des Herzens und der Blutgefäße (die Versuche über Blutverschiebung). Letztere gehen auf die Arbeiten Webers zurück, der unter anderem das Verhalten der Blutverschiebung unter dem Einfluß affektbetonter Vorstellungen im hypnotischen Schlaf studierte. Eine Reihe von Arbeiten beschäftigt sich mit dem Verhalten vegetativer Funktionen unter suggestiver Beeinflussung im hypnotischen Schlaf. Es wurden studiert: Erröten, Schwitzen, Wärmeregulation, Herztätigkeit etc.

„Bei hinreichender Suggestibilität und durch geeignete Suggestion“ kann die normale Wärmeregulation verändert werden. Die Wärmeregulation ist abhängig vom Grade der Erlebnisdeutlichkeit, mit der die Umwelt erfaßt wird, wenn Wärme erlebt wird, wird die tatsächliche Abkühlung teilweise oder ganz unwirksam und umgekehrt.“ [1])

Einige ausführlichere Bemerkungen seien mir gestattet bezüglich der Herzfunktion unter hypnotischem Einfluß.

---

[1]) Gessler und Hansen, D. Arch. f. klin. Med. 156, H. 5/6.

Vor etwa dreißig Jahren wurde mir eine Patientin zur Behandlung wegen Basedow überwiesen. Die Diagnose gründete sich im wesentlichen auf eine ausgesprochene und scheinbar dauernde Tachykardie, geringe Struma, Tremor der Hände, Gräfesches Symptom.

In einer kurz vorher veröffentlichten Arbeit hatte ich darauf hingewiesen, daß der diagnostische Wert des Gräfeschen Symptoms nicht sehr groß sei. Auch sonst hatte ich Zweifel an der Echtheit des überwiesenen Falles. In einer alsbald vorgenommenen hypnotischen Sitzung unter Suggestion von Schlaf und Ruhe ging der Puls zu völlig normalen Frequenzen zurück, um auch nach dem Erwachen noch annähernd normal zu bleiben. Auf diese Erfahrung hin habe ich besonders in nicht sicheren Fällen von Basedow stets davon Gebrauch gemacht, eine Sitzung durchzuführen mit hypnoidem oder ausgesprochen hypnotischem Zustand, um festzustellen, wieweit die gesteigerte Schlagfrequenz sich durch Ruhe und entsprechende Suggestion beeinflussen läßt.

Ich habe dabei nicht außer acht gelassen, daß sogar eine echte Tachykardie auch ohne Beeinflussung in gewissen Grenzen schwankt, glaube aber, daß ein Rückgang zu normaler Schlagfolge, sobald er sich experimentell erzeugen läßt, gegen das Bestehen einer echten Tachykardie spricht.

Erröten und Schwitzen experimentell in der Hypnose zu erzeugen, hat keine besonderen Schwierigkeiten. Die Suggestion wird man zweckmäßig auf Umwegen geben, indem man Hitzegefühl oder peinvolle Situationen hervorruft. Das Wissen um die experimentelle Erzeugbarkeit wird man therapeutisch auswerten können und dies sonderlich in den Fällen krankhaften Errötens, worüber ich Erfahrungen habe. Ich denke dabei an einen Fall von Hyperhidrosis der Handflächen. Bei dem Manne trat solche auf, wenn er sich verlegen fühlte, wenn er anderen, auch Frauen, die Hand reichen sollte. Die Behandlung durch eine Reihe von Sitzungen war erfolgreich. Über Behandlung von Ereuthophobie durch Hypnose habe ich anderwärts bereits berichtet.[1])

Ich möchte nicht darauf verzichten, einiges über das Verhalten der Atmung zu sagen. Außer der Beeinflussung durch den hypnotischen Zustand allein, der an sich ruhigstellend und verlangsamend wirken kann, gelingt es durch direkte Suggestion oder, besser gesagt, durch Befehl, Veränderungen herbeizuführen, dann aber auch indirekt durch stimmungsverändernde Suggestionen, Erlebenlassen psychisch wirksamer Milieuveränderungen, Atmungsfunktion zu erzielen, die diesen Veränderungen angepaßt ist, beschleunigte, flache Atmung bei Angst u. ä. Das ist von Wichtigkeit bei der Behandlung gewisser Asthmafälle; nachdem man analytisch den psychischen Anteil bzw. die Psychogenese gefunden hat.

Diese Andeutungen mögen genügen und nur noch ein Hinweis soll gegeben werden, daß nicht nur auf dem psychophysischen Gebiete, sondern auch auf dem rein psychischen Experimentelles von großem Wert ist; Prüfungen über das Verhalten des Gedächtnisses, Reproduktion vergangener Erlebnisse, Aufdeckung von Amnesien, Analyse von Zuständen von Bewußtseinsstörungen u. ä.

---

[1]) G. Flatau, Angstneurosen und vasomotorische Störungen. Med. Klin. 32, 1913.

Was nun den Heilwert der Hypnose betrifft, so erwähne ich zuerst einen Vorwurf, den man der Hypnosetherapie gemacht hat: sie sei nur Symptomtherapie, sie treffe nicht das Wesen der Krankheit, sie bringe den Patienten in zu große Abhängigkeit vom Arzt.

Um zuerst den letzteren Vorwurf zu entkräften, so dürfte eine gewisse Abhängigkeit vom Arzt wohl bei keiner Therapie fehlen, eine zu große Abhängigkeit kann nur auf fehlerhafter Technik beruhen (vgl. Kursus der Psychotherapie und des Hypnotismus).

Von Symptomkuriererei konnte man nur sprechen in den Anfangszeiten der Hypnosetherapie. Dasselbe gilt von dem Vorwurf, daß sie das Wesen der Krankheit nicht treffe. Keinem Hypnotherapeuten wird es einfallen, nach alter Weise darauf los zu hypnotisieren, sondern, wie ich oben schon sagte: genaue Analyse (eingehende körperliche Untersuchung als selbstverständlich vorausgesetzt), dann erst eine wohlüberlegte, dem Fall angemessene Hypnosebehandlung. Nicht einfache, positive oder negative Suggestionen, wie es früher einmal geschah, sondern dem Fall angemessene Beeinflussung, deren Weg sich eben aus dem, was die Analyse gebracht hat ergeben wird. Dazu kommen Übungen, Training. Vor allem sehe ich einen Wert der Hypnose in ihrer beruhigenden, lösenden, ausgleichenden, entspannenden Wirkung, auf deren Boden die spezielle Symptombehandlung sich entfalten kann.

Unter diesen Gesichtspunkten wird die Hypnotherapie in der Medizin ihren Platz neben den anderen Formen der Psychotherapie, eventuell mit ihnen kombiniert, behalten.

MITTEILUNGEN

Sexualtrieb und Eisenbahn

Von Dr. Alfred Gallinek in Amsterdam (früher in Halle)

E. M., 39 Jahre alt, wurde immer wieder straffällig, weil er zur Befriedigung seines Sexualtriebes zwanghaft Fahrten auf der Eisenbahn ohne oder mit gefälschten Fahrkarten unternahm. Er suchte am 6. November 1931 zum zweitenmal eine Klinik auf, in der Hoffnung, ein bereits vollstrecktes Urteil, das ihn zu einer Zuchthausstrafe verdammt hatte, anfechten zu können.

Der Vater seiner Mutter starb in einer Irrenanstalt und soll an Anfällen gelitten haben. Der älteste Bruder starb in der Kindheit an einer unbekannten Krankheit, der andere Bruder ist Epileptiker und wurde wegen eines Sittlichkeitsdeliktes bestraft. Sein verstorbener Vater war Trinker. Mutter und Schwester sind gesund. Er entwickelte sich normal und hatte als Kind keine Krämpfe. Mit 10 Jahren fiel er einmal vom Reck, wurde bewußtlos und lag drei Monate im Krankenhaus. An Einzelheiten kann er sich nicht mehr erinnern.

Im 16. Lebensjahr bekam er erstmalig Krampfanfälle, bei denen er bewußtlos hinfiel und sich in die Zunge biß. Die Pausen zwischen den Anfällen betrugen

1—3 Wochen. Vor dem Einsetzen der Anfälle traten jedesmal Kopfschmerzen auf. Seit 7 Jahren blieben diese Anfälle aus.

Im Alter von 16 Jahren war er in einem Ledergeschäft in der Lehre. Der Lehrherr veranlaßte ihn und ebenso die anderen Lehrjungen, an ihm, dem Chef, masturbatorische Handlungen vorzunehmen. Pat. tat dies aus Angst und, wie er meinte, ohne dabei innerlich beteiligt gewesen zu sein. Sein Vater erfuhr davon und nahm ihn aus der Lehre fort.

Mehrere Monate später ereignete sich das erste sexuelle Eisenbahnerlebnis. Schon als kleines Kind hatte er an Eisenbahnfahrten, an dem Rattern und der Vorwärtsbewegung, große Freude. Im 17. Lebensjahr bekam er nach einer längeren Fahrt im überfüllten Eisenbahnzug zum erstenmal eine Pollution mit Orgasmus. Von Woche zu Woche wiederholte er dieselbe Bahnfahrt, um wieder eine Pollution zu erleben; in dieser Erwartung wurde er auch nicht enttäuscht. Von nun an wollte er möglichst häufig reisen, um sich eine Sexualbefriedigung zu verschaffen. Aus diesem Grunde wurde er Geschäftsreisender. Da ihm aber kurze Fahrten keine Befriedigung gewährten, unterschlug er Geld, um weite Reisen unternehmen zu können. Diese weiten Reisen mußten (und müssen noch immer) in einem vollen Abteil zurückgelegt werden; so war es auch beim ersten Sexualerlebnis gewesen. Dabei kommt es nicht etwa zur Berührung seiner Genitalien mit Mitreisenden; er bedarf nur der Sensation des Gedränges. Schon bei kürzeren Fahrten in einer derartigen Situation treten Erektionen auf, aber zum Eintritt des Orgasmus bedarf es einer mehrstündigen Fahrt, womöglich in einem D-Zug. Er beging häufig Unterschlagungen einkassierter Gelder, um sich Reisen zu ermöglichen. Patient wurde angezeigt und vom Gericht das erste Mal mit einem Verweis, später mit Gefängnis, endlich, 24jährig, zum ersten Mal wegen Betruges im Rückfall mit Zuchthaus bestraft. Er ließ oft sowohl Stellung wie Eigentum im Stich und fuhr darauf los, nur mit dem sexuellen Ziel vor Augen. Schließlich bekam er keinen Posten mehr; und da er auch nie genug Geld besaß, um weite Strecken fahren zu können, schritt er nunmehr zu Fahrkartenfälschungen und zu sogenannten Schwarzfahrten. Wegen der Fälschungen mußte er mehrere Zuchthausstrafen abbüßen.

Mit Hilfe geschickter Fälschungen vermochte er weite Strecken zu durchreisen und von 1927—1929 straffrei zu bleiben. Dann aber versagte seine Technik. Schließlich hatte er nur noch Geld für Straßenbahnfahrten übrig, die ihm lediglich Erregung, aber keine Befriedigung brachten. Im Jahre 1929 wurde er anläßlich einer „Schwarzfahrt" verhaftet, für zurechnungsfähig erklärt und mit Zuchthaus bestraft. Sofort nach der Entlassung aus dem Zuchthaus trat er wieder eine Reise ohne Fahrkarte an.

Die Fahrten unternimmt er zwanghaft. Er wird plötzlich unruhig, packt seine Sachen, läßt alles liegen, geht zur Bahn und sucht ein volles Abteil. In leeren Abteilen kommt es nur zu Erektionen, aber nie zum Orgasmus. Mitreisende hat er nie belästigt und er glaubt, daß diese nie etwas bemerkt haben. Während des zwanghaften Zustandes, der ihn auf den Bahnhof treibt, ist Patient nicht bewußtseinsgetrübt, nur unruhig und aufgeregt; ganz erfüllt von dem Streben, seinen Zweck zu erreichen.

Andere Formen als die geschilderten hat seine Sexualbetätigung nur insoferne angenommen, als er, wenn er verhindert war zu reisen (wie z. B. im Gefängnis oder im Zuchthaus), mit der Vorstellung des Eisenbahnfahrens onaniert hat. Die Frage nach sexuellen Beziehungen zu Frauen lehnt er entrüstet ab, ebenso die nach homosexueller Betätigung. Weder für Männer noch für Frauen besteht ein sexuell gefärbtes Interesse.

Die körperliche Untersuchung des 160 cm großen und 56.5 kg schweren Mannes ergibt einen dysplastisch-infantilen Habitus ohne irgendwelche krankhafte Veränderungen. Bei der neurologischen Untersuchung fallen lediglich die lebhaften Sehnenreflexe auf.

Wir wollen nun vorläufig das bislang gebrachte Material einer kurzen ordnenden

Sichtung unterziehen. Von Bedeutung ist die Tatsache, daß ein Bruder der Mutter geisteskrank war; wichtiger ist die Epilepsie und das Sittlichkeitsdelikt des Bruders. Daß bei dem Patienten selbst epileptische Anfälle vorgekommen sind, ist der Anamnese nach anzunehmen. In diesem Zusammenhang müssen wir an die dranghaften Zustände denken, die seine Reisen einleiten. Eine Unruhe tritt auf, „es" kommt über ihn, er läßt alles im Stich, läuft aufgeregt zum Bahnhof, Folgen und Strafen bekümmern ihn nicht.

Die Psyche des Patienten weist, abgesehen von der Perversion, vorwiegend infantiles Gepräge auf, wie es Anton und Di Gaspero beschreiben und wie es Kronfeld im Zusammenhang mit dem psychosexuellen Infantilismus erwähnt. Der Kranke ist unselbständig, erregbar, besitzt keine Ausdauer, ist ideenflüchtig und ablenkbar. Bei schematischen Testuntersuchungen liegt das Intelligenzniveau nur wenig unter der Norm. Initiative und Beharrlichkeit besitzt er nicht. Seine Handlungen sind kurzsichtig auf den Augenblick zugeschnitten, seine Affekte ohne Tiefe und Dauer.

Die dysplastisch-infantilen Körperbaumerkmale, die psychischen Infantilismen, sowie die Gestaltung der Sexualität lassen es unzweifelhaft erscheinen, daß unser Fall in das Gebiet der von Kronfeld als „psychosexuellen Infantilismus" beschriebenen Gesamtverfassung einzureihen ist.

Im Speziellen — was die Perversion anbelangt — könnte man hier fast von einem Eisenbahnfetischismus sprechen. Es finden sich hier viele von Stekel herausgearbeitete Züge des Fetischismus: die onanistische Komponente, das Abrücken von der aktiven Sexualität, die Entwertung des Weibes, das Streben nach Wiederholung einer infantilen Lustsituation und zwangsneurotische Elemente.

Allerdings fehlt in unserem Fall gerade das hauptsächlichste Kriterium des Fetischismus: der Ersatz des Partners durch den Fetisch. Man kann nicht behaupten, daß die Eisenbahn dem Patienten den Partner ersetzt, wie dies etwa beim Schuhfetischisten mit dem Schuh der Fall ist. Der Eisenbahn kommt allerdings eine spezifische Bedeutung zu, indem sie das einzige Medium zur Entfaltung des Sexualtriebes abgibt. In diesem Sinn und unter Berücksichtigung aller anderen Faktoren kann man hier von einer „fetischistischen" Wirkung sprechen.

Über die diagnostische Rubrizierung hinweg ist die genetische Erfassung des Falles von Wichtigkeit. Es steht fest, daß es auf Basis der geschilderten Konstitution zur Fixierung eines bestimmten Erlebnisses gekommen ist, von dem ein Wiederholungszwang ausging. Eine anders gerichtete sexuelle Entwicklung war unmöglich geworden durch dieses Erlebnis, um das als Kern sich eine Kristallisation (Stendhal) bis zur Ausgestaltung des „Eisenbahnfetischismus" legte.

Wie aber kam es zu diesem Erlebnis, was machte es richtunggebend für jedes spätere? Warum ist sein Stellenwert (Scheler) ein so besonderer, warum setzt hier der Wiederholungszwang ein, während das anscheinend schwerwiegende Erlebnis mit dem Lehrherrn keine tiefen Spuren hinterließ?

Diese Fragen konnten nur nach eingehender Analyse des Seelenlebens des Patienten beantwortet werden. Ohne daß Verfasser auf das Dogma einer bestimmten psychotherapeutischen Schule eingeschworen wäre, wurde bei der psychischen Untersuchung die Technik der Analyse angewendet. Es sei mit

besonderem Nachdruck betont, daß absolut nichts in den Patienten, der die Psychoanalyse nicht einmal dem Namen nach kannte „hereingefragt" wurde. Es wurde überhaupt nicht gefragt, vielmehr dem liegenden Patienten lediglich aufgetragen, Einfälle zum Thema „Kindheit" zu bringen.

Das so und mit Hilfe von Assoziationsexperimenten gewonnene Material soll nun chronologisch geordnet folgen.

Pat. stand sehr gut mit der Mutter und wurde von ihr dem älteren Bruder vorgezogen. Hatte er Dummheiten begangen, so verheimlichte die Mutter sie dem Vater. Der Vater war jähzornig und schlug ihn viel; er mißhandelte auch die Mutter und trat auf ihr herum. Dann weinte Patient. Die Mutter und er sagten oft: „Ach, wenn doch der Vater bald sterben wollte." Pat. fürchtete sich vor seinem Vater, aber auch vor dunklen Zimmern und vor dem Keller, in den er zur Strafe gesperrt wurde.

Im Alter von 3 Jahren fuhr er zum ersten Mal mit den Eltern in der Eisenbahn. In dem besetzten Zug hatte er das angenehme Gefühl des Geborgenseins. Diese Reise (und ebenso viele spätere) ging zu einer „häßlichen, verwachsenen, widerlichen" Tante. Sie hatte ein falsches Gebiß, einen falschen Zopf und war „ekelhaft". Sie war aufdringlich, klatschte ihn ab, faßte ihn an die Genitalien, tätschelte ihm das Gesäß. Er trug damals Röckchen. An diese Episode erinnert er sich ganz besonders deutlich.

Die Bahnfahrten zur Tante aus dem Alter von 4—5 Jahren hat er schon als „außerordentlich angenehm" in Erinnerung. Die „vielen Leute" boten ihm das Gefühl „sicheren Schutzes".

Als er 6 Jahre alt war, wurde seine Schwester geboren. Vorher lag er an Gelenkrheumatismus krank im Krankenhaus. An die Geburt erinnert er sich nicht. Er hat die Schwester sehr geliebt und „wie ein Kindermädchen betreut". (Wenn er jetzt von der Schwester spricht, bekommt sein Gesicht einen verklärten Ausdruck.) Er fuhr sie spazieren und legte sie trocken. Er badete sie auch und betrachtete ihre Genitalien. Er war stolz, daß ihm, „wie einem zuverlässigen Mann", die Schwester anvertraut wurde. Die Eltern wunderten sich über das „Fahren der Schwester". Er trieb dies so stark, daß sie meinten: „Dieses Fahren ist schon nicht mehr richtig."

Seit 18 Jahren hat er die Schwester nicht mehr gesehen. Seit seinen Straftaten hat sie sich völlig von ihm abgekehrt und ihn bei Besuchen nicht vorgelassen. Darunter leidet er sehr.

Der Abbruch der Analyse ging recht dramatisch vor sich. Patient war auf der Toilette beim Onanieren (unter den oben erwähnten Phantasien) von einem Mitpatienten beobachtet und sodann von der ganzen Corona verspottet worden. Er war tief beleidigt und verlangte seine Entlassung. Offensichtlich war diese Reaktion zum Teil vom Widerstand gegen die Analyse diktiert, zum anderen Teil aber durch seine große Empfindlichkeit bedingt.

Das vorgelegte Material ist als fragmentarisch zu betrachten, spricht aber immerhin keine ganz unverständliche Sprache. Ohne zu „deuten", ist folgendes ersichtlich: Feindliche Einstellung gegen den Vater („Ach, wenn er doch bald sterben wollte"), starke Mutterbindung, die später durch die Schwesterbindung ersetzt wurde. Die Schwester war auch Gegenstand seiner infantilen Sexualforschung. An ihr lernte er zum ersten und einzigen Mal im Leben das weibliche Genitale kennen.

Vor der Geburt der Schwester hatte bereits die Tante auf seine Sexualität eingewirkt. Sie hatte an die Genitalien des Dreijährigen gefaßt, ihn aufdringlich geherzt. Der affektive Beiklang dieser Erinnerung ist jetzt der des Ekels und Widerwillens. Vermutlich aber war die Affektbesetzung der Tante in der Kindheit nicht so rein negativ, sondern ambivalent. Die Fahrt zu ihr, nämlich das Fahren an sich, wurde lustbetont erlebt. Aber da die Tante als Ziel am Ende jeder Reise stand, ist

eine Koppelung der Inhalte „Fahren“ und „Tante“ wohl anzunehmen. In dem besetzten Abteil fühlte er sich geborgen, empfand er einen sicheren Schutz. Der gefürchtete tyrannische Vater, der neben der konstitutionellen wohl auch die ontogenetische Wurzel seines schwachen Selbstwertempfindens ist, konnte ihn hier nicht treten oder in den Keller sperren, mit dessen Leere und Dunkel das volle, helle Abteil kontrastierte.

Später, als die Schwester das Zentrum seines Lebens wurde, betätigte er seine Liebe zu ihr vor allem, indem er sie spazieren fuhr. Er tat dies in solcher Weise, daß es „schon nicht mehr richtig“ war.

Vor dem entscheidenden Erlebnis des ersten Orgasmus bei der Fahrt im Alter von 16 Jahren ist das Fahren, und zwar ganz allgemein passives Eisenbahnfahren sowie aktives Fahren des Kinderwagens schon vielfältig bedeutungsvoll und steht in Verbindung mit Liebes- oder Sexualempfindungen. Als Fahren in der Bahn zur Tante, als Fahren in der Bahn, wo er den gehaßten Vater nicht fürchtet, als Fahren des Kinderwagens, in dem die damals wie heute geliebte Schwester sitzt, an der er das weibliche Genitale kennen lernte.

So ungefähr denken wir uns die genetische Vorbereitung, auf Grund welcher es zu dem ersten Eisenbahn-Orgasmus kam, von dem dann der Wiederholungszwang, der Zug zur Vergangenheit, ausging, worin sich offenbar der verborgene Wunsch nach der Rückkehr zu den infantilen Objekten (Mutter, Tante, Schwester) ausdrücken sollte. Man könnte auf den Gedanken verfallen, daß das Fahren neben seinen mehrfachen aufgezeigten Determinierungen noch die Flucht, das „Fortfahren“ vor dem Inzest, vor dem geschlechtlichen Partner überhaupt, symbolisiert. Die Flucht vor dem geschlechtlichen Partner ist ein wesentliches Kennzeichen des Fetischisten (Stekel).

Wenn wir die infantile und die spätere Lust am Fahren auf die erwähnten Ursachen zurückführen, so sind wir uns dessen bewußt, daß daneben diese Lust ihre Entstehung der „normalen“ Freude am Fahren verdankt. Kinder empfinden ja fast immer Fahren, besonders rasches Fahren, als lustbetont. Dieses Lustgefühl stammt sicherlich aus einer sehr tiefen Schichte undifferenzierter Lustgefühle, aus dem Bereich dessen, was J. H. Schulz mit „Animalität“ bezeichnet, um die Mißverständnisse durch die weite Fassung des Freudschen Sexualbegriffes zu vermeiden.

Dazu kommt als wichtiger Faktor die mechanische Erschütterung, die die Auslösung des Orgasmus unterstützen mag. Als Quellen der infantilen Sexualität erwähnt Freud bei den mechanischen Erregungen die Erschütterung durch die Wagen- und Eisenbahnfahrt, die „eine faszinierende Wirkung auf ältere Kinder“ ausübe. Für den letzteren Umstand glauben wir weniger die Erschütterungen, also mechanische Reize auf die Genitalien verantwortlich machen zu müssen, als die erwähnte animale Lust an der Fortbewegung, u. zw. an der möglichst raschen Bewegung (D-Zug, Auto), die eher geringere Erschütterungen als langsames Fahren hervorzurufen pflegt. Freud weist ferner auf die Eisenbahn als Kern einer sexuellen Symbolik hin und führt den Zwang zur Verknüpfung des Eisenbahnfahrens mit der Sexualität auf den Lustcharakter der Bewegungsempfindungen zurück. Dieser Lustcharakter, den wir weniger „sexuell“ als „animal“ auffassen, findet sich in seinen Ausläufern verknüpft mit der Maschinenfreudigkeit unserer Zeit, in der hohen Bewertung besonderer Schnelligkeit der Ver-

kehrsmittel, welche allein durch den oft geringen realen Nutzen eines größeren oder geringeren Schnelligkeitsgrades nicht zu erklären wäre.

Mögen die Überlegungen über die psychologisch verständliche Genese dieses „Eisenbahnfetischismus" dem Skeptiker konstruiert erscheinen. Die vom Patienten unbeeinflußt ausgesprochenen Kindheitserinnerungen zeigen, daß die psychosexuelle Entwicklung in großen Zügen die von uns dargestellte ist, und daß sie auf Basis des konstitutionellen Faktors jenes merkwürdige Bild eines in seiner Sexualbetätigung von der Eisenbahn zwangsläufig abhängigen Menschen erzeugte.

VARIA

Aus der nordischen Psychotherapie der Gegenwart

Von Dr. Oluf Brüel in Kopenhagen

Zu Beginn des Jahres 1934 wurde die erste ärztliche Organisation der Psychotherapie in Skandinavien gebildet. Eine kleine Anzahl daran interessierter Ärzte aus verschiedenen Teilen Dänemarks vereinigte sich in „Selskabet for Medicinsk Psykologi og Psykoterapi", einer Organisation, die eine Landesgruppe der Überstaatlichen, allgemeinen, ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie ist. Gründer und Vorsitzender der dänischen Landesgruppe ist der Kopenhagener Herausgeber der „Psychotherapeutischen Praxis", Präsident der Gesamtorganisation C. G. Jung, Zürich. Der Leitgedanke und das Ziel der dänischen Gesellschaft ist die Arbeit im Dienst der Psychotherapie, im Zusammenhang mit anderen Landesgruppen der internationalen Gesellschaft; die Verbreitung des Interesses für Psychotherapie unter der dänischen Ärzteschaft und die Bewahrung unserer Spezialwissenschaft als einer ärztlichen Prärogative.

Ein halbes Jahr später wurde der Gedanke einer psychotherapeutischen, ärztlichen Organisation auch in Schweden aufgenommen. Er führte zur Bildung einer entsprechenden Gesellschaft, unter der Führung von Poul Bjerre, Stockholm, dem schwedischen Herausgeber der „Psychotherapeutischen Praxis". An der konstituierenden Sitzung der Stockholmer Gesellschaft nahm auch der Gründer der Kopenhagener Gruppe teil, um auf diese Weise die Arbeitsgemeinschaft der nordischen Psychotherapie zu bekunden. Die schwedische Gesellschaft führt einen der dänischen entsprechenden Namen und auch sie anerkennt nur Ärzte als Mitglieder.

Im Frühjahr 1934 wurde Dr. Bjerre von der dänischen Gesellschaft eingeladen, einen Vortrag zu halten. Er sprach über „Psychosynthese contra Psychoanalyse" und erregte mit seinen Ausführungen lebhaftes Interesse. Bjerre kam auf seine eigenen Theorien über die Traumdeutung zu sprechen und entwickelte sein „Natürliches System der Träume"[1]). Er betonte, daß die Träume der Patienten sich während der Behandlung nach und nach ändern und daß man aus diesen Änderungen der Träume den unbewußten Heilungsvorgang des Patienten ersehen kann. Bjerre stellt nicht weniger als zwölf Klassen von Träumen auf. Die sogenannten Gestaltungsträume, die das „innere Geschehen" im Patienten symbolisch vorführen, die Distanzierungsträume, welche den neurotischen Konflikt sozusagen „in die Ferne" stellen, und die „Negierungsträume", in denen der

[1]) Poul Bjerre: „Drömmarnas naturliga system." Albert Bonniers Verlag, Stockholm 1934. Vgl. „Psychotherapeutische Praxis", H. 1, S. 57, 1934 (Referatenteil).

Patient unbewußt Abstand von etwas nimmt, seien besonders hervorgehoben. Seltener sind „Assimilierungsträume", die den Höhepunkt geistiger Genesung darstellen.

Als Vertreter der nordischen Psychotherapie nahmen im Mai 1934 Bjerre (Stockholm) und Brüel (Kopenhagen) am VII. allgemeinen ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Bad Nauheim teil.

Bjerre hob in seinem Referat den Gedanken hervor, daß es in der Psychotherapie keineswegs nur auf eine seelische Analyse ankommen dürfe, sondern daß vielmehr eine seelische Synthese stattfinden müsse, wenn der Patient wirklich aus seinen zwangsartigen Gedankenbahnen herausgelöst werden soll.

Das dänische Referat: „Psychotherapie im Norden" ging von den Eigentümlichkeiten der nordischen Seele aus und zeigte an Hand einer Krankengeschichte, wie behutsam man in gewissen Fällen bei der Ausübung der Psychotherapie vorgehen muß, um das therapeutische Ziel zu erreichen, ohne dabei auch Schaden zu stiften. Die illustrierende Krankengeschichte betraf die „kleine Kirsten", die jugendliche Patientin des Referenten, die an einem artifiziellen Erlebnis (Film-Schock) erkrankt war. Scherzend ist sie „die dänische Anna O." genannt worden, als seinerzeit, am Nordischen Psychiaterkongreß 1932, dieselbe Krankengeschichte der Patientin Anlaß gegeben hatte, das Krankheitsbild der „primär psychotraumatischen Neurose" aufzustellen [1]. Für seine Methode prägte Referent das Schlagwort: "The gentle touch" (die sanfte Berührung), ausgehend von einem Erlebnis in England. Dort wurden nämlich die „Wunderheilungen" eines jungen dänischen Chirurgen, der seinerzeit im Guys Hospital in London als Assistenzarzt arbeitete, auch einem besonderen "gentle touch" zugeschrieben. Zusammenfassend sagte Referent: „Wohl mit tiefer Kraft, aber auch nur mit äußerster Behutsamkeit, darf man dem nordischen Menschen psychotherapeutisch begegnen. In der Schonung seines Stolzes und in der Bewahrung des unschätzbaren Wertes seiner persönlichen Integrität, liegt eben eine von den schwierigsten — und dankbarsten — Aufgaben der nordischen Psychotherapie."

Beide skandinavischen Referate wurden sowohl von den deutschen, wie von den auswärtigen Kollegen (außer Dänemark und Schweden waren auch die Schweiz und Holland vertreten) mit lebhaftem und liebenwürdigem Beifall empfangen [2].

Zur Psychogenese einer hypochondrischen Störung

Von Dr. Wilhelm Stekel in Wien

Ein 44jähriger Mann ist seit einigen Jahren arbeitsunfähig. Er behauptet, an einem Kleinhirntumor zu leiden. Sein Gang sei zeitweise taumelnd, er ermüde nach einigen Schritten, er fühle sich jeden Tag schwächer etc. Seit zwei Jahren habe er keine Erektion mehr und gar kein sexuelles Verlangen; seine Haut sei welk, atrophisch, sein Gesicht voller Falten, er fröstle die ganze Zeit, das Gefühl der Kälte verlasse ihn nicht, selbst in den heißesten Sommertagen. Überflüssig zu betonen, daß alle Untersuchungen mit negativem Resultat durchgeführt wurden. Trotzdem konnte er nicht glauben, daß er gesund werde. Es sei eben eine Krankheit, die erst mit der Zeit nachweisbare Symptome zeitigen werde.

---

[1]) S. Acta Psychiatrica & Neurologica, Vol. VIII, Fasc. 3, Kopenhagen 1933 und Fortschr. d. Med., 24, 1933. (S. auch Referat im vorliegenden Heft der „Psychotherapeutischen Praxis", S. 177. *Die Schriftleitung.*)

[2]) Die gegenwärtige nordische Psychotherapie steht am Anfang ihrer organisatorischen Bestrebungen. Der Ernst und der Idealismus ihrer Führer verbürgt für die Zukunft eine reiche und wirkungsvolle Entfaltung, sowohl im Interesse der allgemeinen Psychotherapie, als auch der nordischen Ärzteschaft. *Die Schriftleitung.*

Die Psychogenese dieser als hypochondrisch zu klassifizierenden Störung enthüllte sich in einer „kleinen Analyse", die unter heftigen Widerständen vor sich ging.

Das Leiden trat nach dem Tode seiner Frau auf, die an den Folgen einer multiplen Sklerose starb. Die ersten Herde wurden im Kleinhirn festgestellt; die Krankheit begann mit leichten Gehstörungen und Ermüdbarkeit; genau mit den gleichen Symptomen hatte die Krankheit unseres Patienten eingesetzt. Durch Identifizierung mit seiner Frau glaubt er, einen Tumor im Kleinhirn zu haben. Alle seine oben erwähnten Symptome sind Kopien der Leidensgeschichte seiner verstorbenen Gattin. Der Ausbruch der Krankheit und die einzelnen Phasen der Verschlimmerung sprechen dafür, daß er einen „geheimen Kalender" führt, Tage der Schuld hat, an denen es ihm besonders schlecht geht.

Hat er wirklichen Grund, an eine Schuld zu glauben? Ein Arzt erklärte ihm, daß Verkühlungen in der Ätiologie seiner Krankheit eine große Rolle spielen. Der Ausbruch seines Leidens im Winter deckt sich mit dieser Erklärung, aber auch mit dem Datum seiner Schuld. Er war kurz verheiratet und ging mit seiner Frau an einem stürmischen Winterabend spazieren. Er passierte das Kaffeehaus, in dem er als Junggeselle täglich mit seinen Freunden gezecht und Karten gespielt hatte. Er sagte zu seiner Frau: „Warte hier einen Moment. Ich will nur meine Freunde begrüßen und komme gleich zurück." Er stürzte in das Kaffeehaus, wurde von seinen ehemaligen Spielkameraden mit Jubel begrüßt und aufgefordert, eine kurze Partie zu spielen. Er ließ sich überreden, vergaß an seine Frau und spielte die ganze Nacht. Nach 3 Uhr morgens kam er aus dem Kaffeehaus und fand seine Frau vor dem Hause stehen, blaß wie eine Leiche. Sie hatte die ganze Zeit auf ihn gewartet. Er brachte sie nach Hause, bemühte sich um sie, machte sich Vorwürfe, weil er so lange ausblieb, und ihr machte er Vorwürfe, weil sie nicht ins Kaffeehaus gekommen oder nicht nach Hause gegangen sei.

Sie erkrankte und wurde bald bettlägerig. Sie war seit jeher pathologisch eifersüchtig. Unglückseliger Weise fand sie einen Brief in seiner Rocktasche, der ihr seine Treulosigkeit bewies. Ihre Pflege erforderte viel Geduld, da sie Wutanfälle bekam, in denen sie ihren Gatten beschuldigte, er sei ihr Mörder. Es ist anzunehmen, daß er ihren Tod wünschte, umsomehr als er mit ihrer Pflegerin ein Verhältnis unterhielt, das er nach dem Tode seiner Frau löste, obgleich er vorher daran dachte, sie zu heiraten, da er sie „wahnsinnig" liebte. Er litt namenlos nach der Trennung. Einige Versuche, Beziehungen zu anderen Frauen anzuknüpfen, scheiterten. Er war impotent.

In der Behandlung zeigte er keinen Willen zur Gesundheit. Die Straftendenz war stärker als der Wille zum Leben. Hätte ich versucht, ihn von den Zusammenhängen zu überzeugen, so wäre er gewiß am nächsten Tag ausgeblieben und zu einem anderen Arzt gegangen, der meine Auffassung erschüttern sollte. Sein böses Gewissen verhinderte die Rückkehr zum gesunden Leben. Er schützte Geldmangel vor und reiste ab. Als besondere Prämie seiner Krankheit möge angeführt werden, daß er als Beamter seine Pensionierung wegen Arbeitsunfähigkeit anstrebte.

Der Einfluß der Masse

Von Dr. Max Bircher-Benner in Zürich[1])

Der kranke Massenmensch erwartet alles Heil nur von Außen her, durch den Arzt, die Magie der Arznei, des Heilapparates; es fällt ihm aber nicht ein, daß er zur Umkehr und zur Genesung beitragen, gar etwa die Ursachen der Erkrankung bei sich suchen und an ihrer Beseitigung mitwirken könnte. Erkaufen möchte er die Heilung, aber niemals erringen.

---

[1]) Aus einer Aufsatzreihe: „Seelenbehandlung" im „Wendepunkt", Bd. 10, H. 2, S. 80/81. Abdruck mit freundlicher Bewilligung des Verfassers.

Die Einsicht, daß Menschen sich in die Krankheit flüchten, ist etwas ganz Neues, ebenso die andere Einsicht, daß es kranke Menschen gibt, die nicht gesund werden wollen. Und — näher besehen — wie tausendmal wahr ist es, daß die Menschen den Ursachen ihres Wohlbefindens entgegenarbeiten, daß ihr Verhalten im Leben die Krankheit schuf und die Heilung hintertreibt. Und wie viel von diesem Verhalten fällt der Macht der Masse zur Last!

Daraus sieht man die Aufgabe des Seelenarztes, sich in einer neuen Gestalt abzeichnen: er hat sein Möglichstes zu tun, daß der unheilvolle Einfluß der Masse auf die Menschenseele gebrochen werde. Mit diesem Werk hat er zuerst bei sich selbst zu beginnen.

Was dann folgt? Immer noch nicht der Kranke. Es ist uns klar geworden, daß die Induktion der Masse über ihn herrscht. Ob diese Induktion von der Familie, vom heimatlichen Herde, von der Gesellschaftsklasse, von ungeeigneter Pflege oder woher immer sie ausgeht, ihr muß sich das Handeln des Arztes zuwenden. Ein wichtiger Teil dieser Induktion ist wohl stets mit dem Milieu, in dem der Kranke lebt, verkettet und verknüpft. Es gilt also, die Induktion des Milieus umzugestalten, so daß heilsame, nicht aber schädliche Wirkungen von ihm auf den Kranken ausgehen.

Das ist eine Aufgabe voll Dornen und Stacheln. So manches Kind zeigt seelische Störungen, die von der Induktion durch die Mutter, den Vater, die Geschwister, die Schule herrühren. Die Mitteilungen meines Freundes Stekel im „Wendepunkt“ sind voll von Beispielen aus dem Leben. Schon das Kind kann nur geheilt werden, wenn zuerst die Mutter, der Vater, die Geschwister, die Schule gewandelt werden. In einem Fall führt eine erfolgreiche Behandlung der Mutter zur Genesung des Kindes. In einem andern sind aber alle ärztlichen Bemühungen aussichtslos, denn das Heim, das Milieu, bleibt unveränderlich und unbelehrbar. Noch weit mehr ist dies bei seelischen Leiden der Erwachsenen der Fall, daß ihr Milieu, die Quelle ihrer unheilvollen Induktion, unangreifbar bleibt. Es gibt sicher auch günstigere Situationen, in denen das Hinzutreten eines gereiften Seelenarztes mit seiner heilkräftigen, „hellen“ Induktionskraft das ganze Milieu umstimmt. Doch, wie selten sind solche Ärzte und wie wenig zahlreich solche Situationen!

Die Reden des Arztes

Wie mehr Einfluß die Reden des Arztes auf die Seele des Kranken gewinnen, desto richtiger kann man schließen, daß es Krankheiten gibt, die sich durch Worte lindern lassen. *J. G. Zimmermann* (1728—1796) [1].

REFERATE

I. Sammelreferat

Über die Entwicklung der Sexualwissenschaft

Von Dr. O. F. Scheuer in Wien

Der an mich ergangenen Einladung der Schriftleitung, die Entwicklung und den heutigen Stand der Sexualwissenschaft in kurzen Zügen darzustellen, leiste ich umso lieber Folge, als gerade die Psychotherapie, die seelische Heilbehandlung, in jüngster Zeit unser ärztliches Denken und Handeln stark beeinflußt, und durch sie ganz besonders die Sexualwissenschaft eine bedeutsame Förderung und Bereicherung er-

[1]) Aus der Ciba Zeitschrift Nr. 7, 1934.

fahren hat. Erst vor kurzem hat M. Steiner (Intern. Zschr. f. Psa. Bd. 20, H. 1, 1934) in treffender Weise dargelegt, „was der Sexualarzt der Psychoanalyse zu verdanken hat". Die Ausführungen Steiners beziehen sich allerdings nur auf die Freudsche Lehre, ohne die anderen psychotherapeutischen Methoden zu berücksichtigen. Auch diese haben reichlich Früchte für die Sexualwissenschaft gezeitigt.

Die Sexualwissenschaft — der Ausdruck wurde im Jahre 1906 von Iwan Bloch geprägt — ist eine noch verhältnismäßig junge Wissenschaft, die sich erst allmählich zu einem selbständigen Forschungsgebiet, als besondere Disziplin der Medizin entwickeln konnte. Durch das allmähliche Nebeneinanderwirken und förderliche Zusammenwirken vieler theoretisch und praktisch Arbeitender wurde die Sexualwissenschaft immer weiter ausgebaut. So nahm sie alsbald — die trotz der innigsten Wechselbeziehungen zu den Geistes- und Sozialwissenschaften ihrem Wesen nach eine biologische Wissenschaft ist und bleibt — eine belangvolle Stelle in der Medizin ein, vor allem auch deshalb, weil die Untersuchung der Sexualphänomene, wie M. Reis (Handb. d. normalen u. patholog. Physiol. Bd. XIV) richtig hinweist, den entscheiden den Antrieb zur Ganzheitsbetrachtung in der Medizin gegeben hat. Ohne Betrachtung der ganzen Persönlichkeit und zugleich des Seelischen eines Menschen, also seiner Gesamtpersönlichkeit, können wir seine Geschlechtlichkeit nicht verstehen. Sie ist „ein unlöslich hineingewebter Hauptbestandteil des Gesamttemperaments" (Kretschmer) und damit ein guter Indikator des ganzen Menschen. Deshalb kann das Gebiet der Sexualwissenschaft auch kein eng begrenztes, sondern muß ein sehr vielseitiges sein. Das ist auch die Ursache, weshalb dem Außenstehenden die Sexualkunde sicherlich oft eine „unheimliche" Wissenschaft dünkt. Der ungestüme Fortschritt der letzten 30 Jahre hat zu einer starken Spezialisierung geführt, mit allen Kennzeichen einer solchen, von besonderer Forschungsmethodik angefangen bis zum Gebrauch von besonderen Formeln und Termini technici. Man kann daher streiten, ob die Sexualwissenschaft an sich etwas Einheitliches ist, und ob man daher von einer Wissenschaft sprechen kann.

Es ist gewiß von Wichtigkeit, zu zeigen, wie das Sexualleben in die zahllosen anerkannten Wissenschaften ausstrahlt. Aus der Fülle des Materials lassen sich deutlich vier Grundpfeiler abstecken: die Sexualbiologie, die Sexualpathologie, die Sexualethnologie und die Sexualsoziologie. Alle darin enthaltenen Probleme standen auf dem, von der im Jahre 1913 gegründeten Internationalen Gesellschaft für Sexualforschung, im Oktober 1926 veranstalteten I. Internationalen Kongreß für Sexualforschung in Berlin zur Diskussion und wurden von namhaften Autoren nach allen Seiten hin erörtert. Ich möchte diesen Kongreß als den Höhepunkt in der Entwicklung der Sexualwissenschaft bezeichnen. Dieser Kongreß war ein rein wissenschaftlicher, der von vornherein kein bestimmtes „praktisches" Ziel verfolgte. Was man von den Kongressen der im Jahre 1927 gegründeten „Weltliga für Sexualreform auf wissenschaftlicher Grundlage", die sich in ihrem Programm selbst als „Kampfbewegung" bezeichnete, nicht sagen kann. Denn alle ihre bisher abgehaltenen Kongresse (1928 Kopenhagen, 1929 London, 1930 Wien, 1932 Brünn) standen im Zeichen einer einseitigen Politik und dienten dem Zweck, bestimmte Ideale und bestimmte Forderungen an Gesetzgebung und Verwaltung durchzusetzen.

Inzwischen hatte insbesonders die Sexualbiologie eine reiche Förderung erfahren. Ich erinnere nur an die durch Steinach u. a. geförderten Untersuchungen über die Wirkung der Keimdrüsen auf die Entwicklung des Geschlechts, wie überhaupt an die Probleme und Errungenschaften der Hormonforschung, besonders der Erforschung der Sexualhormone, die in den letzten Jahren eine stürmische Entwicklung genommen hat. Der ungeheure Aufschwung kam dadurch zustande, daß es gelang, für die einzelnen Wirkstoffe spezifische biologische Teste zu finden und daß mehrere Sexualhormone als einheitliche chemische Substanzen in kristallisierter Form dargestellt und damit einer genauen physikalischen, physiologischen und chemischen Analyse zugänglich gemacht werden konnten.

Diese Errungenschaften wirkten sich alsbald vorteilhaft für die Therapie der verschiedensten pathologisch-sexuellen Zustände aus. Abgesehen davon, daß wir dadurch eine Reihe von wirksamen Mitteln gegen die männliche Sexualinsuffizienz in die Hand bekamen, können mit diesen standarisierten Testikelhormonen (Erugon, Hombreol u. a.) manche Fälle von Prostataatrophie und Prostatahypertrophie mit ihren quälenden subjektiven Auswirkungen auf das günstigste beeinflußt werden, insofern, als es oft gelingt, durch diese Hormonbehandlung eine Operation aufzuschieben, ja, vielleicht ganz zu ersparen (D. van Cappellen, A. Wöhling).

Als weiteren Fortschritt der jüngsten Zeit auf dem Gebiet der Hormonforschung wäre hier noch der gelungenen Versuche des Berliner Gynäkologen Carl Kaufmann (1933) Erwähnung zu tun, dem es gelang, bei operativ kastrierten Frauen durch Zufuhr großer Mengen der beiden genital wirksamen Hormone des Ovariums, des Follikelhormons und des Corpus luteum-Hormons echte menstruelle Blutungen, d. h. Blutungen mit Abstoßung einer prägraviden Schleimhaut experimentell herbeizuführen.

Weiter gehören hierher die verschiedenen Methoden zur frühzeitigen Erkennung der Schwangerschaft aus dem Harn gravider Frauen. Hier ist vor allem die Aschheim-Zondeksche Schwangerschaftsreaktion (1927) zu nennen, die darauf beruht, daß Schwangerenharn schon in Bruchteilen eines Kubikzentimeters, jungen Mäusen drei Tage hintereinander injiziert, Brunstreaktionen ausübt, und zwar 1. das sog. Schollenstadium im Scheidensekret, 2. die sog. Blutpunkte, d. h. Bildung reifer Follikel mit Bluterguß im Ovarium und 3. die Bildung von gelben Körpern bei den infantilen Versuchstieren. Ob der im Schwangerenharn ausgeschiedene wirksame Stoff tatsächlich, wie Aschheim-Zondek annehmen, Hypophysenhormon ist, scheint noch nicht bewiesen. Nach den Untersuchungen von Fels, Philipp u. a. ist es nicht unwahrscheinlich, daß es sich hier um Schwangerschaftsprodukte handelt, die von der Plazenta stammen. Neuestens wurde, da die Beschaffung der weiblichen Mäuse auf Schwierigkeiten stieß, die sog. Samenblasenreaktion ausgearbeitet. Wird nichtgeschlechtsreifen männlichen Mäusen Morgenharn der zu untersuchenden Frauen unter die Haut eingespritzt, so werden die Samenblasen der behandelten Tiere bei bestehender Schwangerschaft zweimal so groß als diejenigen des Kontrolltieres.

Eine wichtige Bereicherung erfuhr in letzter Zeit die Sexualbiologie auch durch die genaue Erforschung der sogenannten virilisierenden Ovarialtumoren. R. Meyer wies 1930 nach — seine Befunde wurden von G. A. Wagner (1930), H. Bergstrand (1933), Z. v. Szathmáry (1934) bestätigt —, daß es sich hier um eine bestimmte morphologisch einheitliche Gruppe tubulär gebauter Tumoren handelt, die er „Andreioblastoma" oder „Arrhenoblastoma" nannte, um dadurch zum Ausdruck zu bringen, daß sie „spezifisch männlich" gerichtet sind. In allen veröffentlichten Fällen nahmen die virilisierten arrhenoblastomatösen Kranken nach Exstirpation der Geschwülste von neuem weiblichen Typus an, was wohl zur Genüge beweist, daß diese eigenartige Umwandlung mit dem durch den Tumor gebildeten Hormon zusammenhängt.

Wenn wir nun auf die Sexualpathologie übergehen, müssen wir vor allem auf das Gebiet der Geschlechtskrankheiten unser Augenmerk richten. Da soll als jüngste wissenschaftliche Großtat auch heute noch die Malariabehandlung der Paralyse von Wagner-Jauregg genannt werden, die nicht nur heilende Wirkung auf die Paralyse ausübt, sondern auch als Prophylaktikum vorzügliche Dienste leistet. Als weitere Errungenschaft auf diesem Gebiet ist die 1926 von Müller-Oppenheim ausgearbeitete Methode zum serologischen Gonorrhoenachweis zu werten. Sie gewinnt bei der Untersuchung von Prostituierten immer mehr Bedeutung. Man wird in positiven Fällen mit besonderer Gründlichkeit nach Gonokokken suchen müssen.

Was die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten anlangt, ist

zu sagen, daß das viel diskutierte deutsche Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, wie aus dem reichen Schrifttum darüber zu entnehmen ist, versagt hat. Es hat bekanntermaßen die Aufhebung der Reglementierung gebracht. Die Folge war eine enorme Zunahme der offenen und geheimen Prostitution und ein Ansteigen der Geschlechtskrankenziffer, wie aus der darüber veröffentlichten Literatur zu entnehmen ist. Inzwischen hat man an den Richtlinien dieses Gesetzes mancherlei geändert und ist zu einer getarnten Reglementierung zurückgekehrt. Auch wurden die Strafbestimmungen (Gesetz vom 26. Mai 1933) verschärft. Grundlegende Arbeit, meint K. Schlirf (Münchn. med. Wochenschr. 1934), ist aber nicht geschaffen, denn mangelhaft bleibt immer noch die medizinische Seite des Problems.

Auch die Sexualethnologie erfuhr in den letztvergangenen Jahren Förderung und Bereicherung durch eine Reihe von bedeutsamen, gehaltvollen, wissenschaftlichen Werken. Es seien genannt das Werk von F. Bryk „Neger-Eros" (1928), „Die Beschneidung bei Mann und Weib" von demselben Autor (1931), „Das Geschlechtsleben der Wilden in Nordwest-Melanesien" von B. Malinowski, das Dr. Eva Schumann 1930 ins Deutsche übersetzte, nicht zuletzt „Das Zweigeschlechterwesen bei den Zentralaustraliern und anderen Völkern" von J. Winthius (1928). Das letztgenannte Buch rief über den Kreis der Fachwissenschaft hinaus eine lebhafte Diskussion hervor, da es sich nicht an eine Spezialwissenschaft wendete, sondern an ihm eine Reihe von Disziplinen, insbesonders die Völkerkunde und Volkskunde, die Religionswissenschaft und die Psychologie interessiert sind. Der Verfasser des Werkes, ein katholischer Missionär, wurde besonders von seinen engeren Berufsgenossen angegriffen, die ihm „ethnologischen" Pansexualismus vorwarfen.

Was nun die Sexualsoziologie anlangt, so standen auch hier in den jüngst vergangenen Jahren viele Probleme zur Diskussion. So wählte die deutsche Gesellschaft für Gynäkologie auf ihrem Kongreß zu Frankfurt im Jahre 1931 die Verhütung der Schwangerschaft, ihre Methoden und ihre Technik — die Kontrazeption — zu einem Referatenthema, über das Fränkel (Breslau) sprach. Die Diskussion ergab, daß der Standpunkt der Ärzte sowohl was die soziale, als auch was die eugenische Indikation anbelangt, nicht nur kein einheitlicher, sondern ein vollständig divergenter ist. Sie zeigte aber auch, wie schwer und fast unmöglich es ist, die Frage der Geburtenregelung aus rein sachlichen Gesichtspunkten zu behandeln, und in welchem Maß Tradition, Temperament und Weltanschauung die Urteilsbildung beeinflussen, wie dies auch bei der Stellungnahme zur „Methode zeitweiliger Enthaltsamkeit in der Ehe" zum Zweck der Schwangerschaftsverhütung, die durch den Österreicher Knaus, den Japaner Ogino und den Holländer Smulders in den Jahren 1929 bis heute mit neuen Begründungen lebhaft propagiert worden ist, zutage trat.

Die Behauptung von Knaus geht dahin, daß Frauen mit regelmäßigem, 28tägigem Blutungsintervall stets nur zwischen dem 14. bis 16. Tage des mensuellen Zyklus ovulieren, und daß die fruchtbare Periode, während welcher Kohabitationen zur Schwangerschaft führen können, mit dem 11. Tage beginnt und mit einschließlich dem 17. Tage des Zyklus endet. Alle andern Kohabitationen müssen nach seiner Ansicht steril verlaufen. Zu diesen Ergebnissen kommt er auf Grund einer interessanten Methode, die es ihm nach seiner Ansicht ermöglichte, den Ovulationstermin beim Menschen sicher zu bestimmen. Die Lehre von Knaus, der erst vor ganz kurzer Zeit eine monographische Zusammenfassung aller seiner, den Gegenstand betreffenden Veröffentlichungen herausgab („Die periodische Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit des Weibes. Der Weg zur natürlichen Geburtenregelung", Verlag W. Maudrich, Wien, 1934), begegnete von Beginn an einem ablehnenden Standpunkt vieler Ärzte (Bolaffio, Wittenbeck, Fetscher, Kraul u. a.). Im allgemeinen wird gegen Knaus und mit ihm auch gegen Ogino und Smulders die Ansicht vertreten, daß die positiven Angaben zur Erzielung von Nachkommenschaft noch am ehesten Geltung beanspruchen können,

während die Angaben zur Vermeidung von Nachkommenschaft aus vielen Gründen nicht ganz verläßlich und empfehlenswert seien, da jede Frau sozusagen ihre Eigengesetzlichkeit habe.

Ein wichtiges sexualsoziologisches Problem erfuhr in den letzten zehn Jahren immer größere Bedeutung und Vervollkommnung: das Blutprobeverfahren als Beweismittel im Vaterschaftsprozeß. Nachdem K. Landsteiner im Jahre 1900 die menschlichen Blutgruppen entdeckt hatte, machte die gerichtlich-medizinische Anwendung der Blutgruppenuntersuchung verschiedene Entwicklungsstadien durch, bis im Jahre 1924 F. Schiff die forensische Anwendung der Blutgruppenuntersuchung (wie vorher schon Lattes) erneut vorschlug und die Anwendung der Vererbungsregeln der Blutgruppenzugehörigkeit erstmalig für die Feststellung oder Ausschließung einer bestimmten Vaterschaft empfahl. So wertvoll die Blutgruppenuntersuchung für die serologische Abstammungsuntersuchung ist, insbesondere für die Feststellung, daß ein bestimmter Mann nicht der Vater eines bestimmten Kindes sein kann, so litt sie doch bisher an dem Mangel, daß nur in einem Sechstel der untersuchten Fälle dieser negative Beweis der Ausschließung von der Vaterschaft erbracht werden konnte. Dies lag daran, daß sich bisher nur vier Blutgruppen mit den grundlegenden Bluteigenschaften A und B finden ließen. Dadurch nun, daß neuerdings von Landsteiner und seinem Mitarbeiter Levine 1928 zwei weitere vererbbare Bluteigenschaften, M und N genannt, gefunden worden sind, wodurch die Anzahl der bekannten und für die gerichtliche Vaterschaftsbestimmung verwertbaren BGr. von vier auf zwölf sich erhöhte, haben sich die Aussichten für das Gelingen der BGrU. um das Doppelte verbessert, so daß nunmehr in einem Drittel der untersuchten Fälle die Unmöglichkeit der Vaterschaft festgestellt werden kann.

Wenn ich zum Schluß noch kurz auf die Untersuchungen R. Goldschmidts über Intersexualität hinweise, durch die das gesamte Geschlechtsproblem auf eine einheitliche Basis gestellt wurde, die sich mehr und mehr als sicheres Fundament erweist — Goldschmidt hat die Resultate seiner langjährigen Studien im Jahre 1931 in einer umfangreichen Monographie „Die sexuellen Zwischenstufen" niedergelegt — so glaube ich mit meinen Ausführungen zur Genüge bewiesen zu haben, daß die Sexualwissenschaft, besonders im letzten Dezennium, einen vor dreißig Jahren noch nicht vorauszusehenden Aufschwung genommen hat. Die Sexualforschung — im weitesten Sinne des Wortes verstanden — ist bis nun so weit gefördert worden, daß es nicht nur möglich ist, aus ihr Folgerungen für praktische Anwendungen der Ergebnisse zu ziehen, sondern daß solche Folgerungen und Anwendungen geradezu gefordert werden müssen. Glücklicherweise ist es ja nun auch nicht mehr bei der bloßen Forderung geblieben. Die Forschung aber ist noch nicht an ihrem Ende angelangt, sondern hat auch noch weiterhin große und wichtige Aufgaben zu bewältigen.

Umso bedauerlicher ist es, daß wir kein geeignetes Organ zur Verfügung haben, in welchem alle diese Sonderfragen eingehend behandelt und referiert werden könnten. Mußten doch gerade in den letzten fünf Jahren alle in deutscher Sprache erscheinenden Zeitschriften, die sich mit den Sexualproblemen des Menschen beschäftigten, aus verschiedenen Gründen ihr Erscheinen einstellen. Ich möchte sie der bibliographischen Genauigkeit halber hier anführen: „Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene" (eingestellt mit H. 9 des II. Jahrganges 1929); „Vererbung und Geschlechtsleben", herausgegeben von A. Forel und F. Dehnow (bestand von 1928—1931); die von Max Marcuse in 18 Bänden herausgegebene „Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik" (das letzte Heft im März 1932 erschienen); „Die neue Generation", von Helene Stöcker (eingegangen mit dem Dezemberheft ihres 28. Jahrganges, 1932); das von Max Hirsch herausgegebene „Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung" (abgeschlossen mit H. 2/3 des Jahrganges 1933); die von Wilhelm Stekel herausgegebenen „Fortschritte der Sexualwissenschaft und Psychoanalyse" (4 Bände 1924—1931) und nicht zuletzt die von E. Hitschmann

(1928—1933) redigierte „Psychoanalytische Bewegung“, abgesehen von den beiden vergeblichen Versuchen der „Weltliga für Sexualreform“ in den Jahren 1931 und 1933 eine neue Internationale Zeitschrift für Sexualwissenschaft, „Sexus” zu gründen — sie brachte es beidemale nicht über das erste Heft hinaus. Vielleicht ließe sich mit der Zeit die „Psychotherapeutische Praxis“ zu einem solchen sexualwissenschaftlichen Zentralorgan erweitern, das alle Vertreter der einschlägigen Wissenschaft um sich sammelt, ohne Rücksicht auf ihre Weltanschauung und ihre Stellungnahme zu den sexualpolitischen Fragen, nur um Sexualforschung zu treiben, mit keinem andern Zweck als dem der unbefangenen, vorurteilslosen Herbeischaffung der wissenschaftlichen Fundamente für alle praktischen Maßnahmen auf dem Gebiet des Geschlechtslebens. Die Zeitschrift scheint mir um so geeigneter hierzu, als ihr der glückliche Gedanke zugrunde liegt, nicht so sehr für bestimmte Systeme zu kämpfen, die in ihrer Einseitigkeit die Psychotherapie so arg zerklüftet haben, sondern die empirisch gefundenen heuristischen und psychotherapeutischen Methoden in ihrer gegenseitigen Ergänzung zur Darstellung zu bringen.

Literatur

(soweit sie nicht schon im Text angeführt wurde)

Aschheim, Die Schwangerschaftsdiagnose aus dem Harn. Berlin 1933. — Aschheim und Zondek, Klin. Wschr. 1927, Nr. 28 — Bergstrand H., Acta pathol. et microbiol. Scandinavica Suppl. XVI, 1933, S. 31 f. — Bolaffio M., Ztbl. f. Gyn. 1932, Nr. 25; 1933, Nr. 24. — Cappellen D. van, D. med. Wschr. 1933, S. 726 f. — Fels E., Ztbl. f. Gyn. 1930, Nr. 35 — Fetscher R., D. med. Wschr. 1933, Nr. 21. — Kaufmann C., Ztbl. f. Gyn. 1932, S. 2058 f. — Knaus H., Münchn. med. Wschr. 1929, Nr. 28; Ztbl. f. Gyn. 1931, Nr. 39 u. weitere Arb. — Kraul, Wien. klin. Wschr. 1934, Nr. 34. — Kretschmer E., Körperbau und Charakter, Berlin 1922. — Landsteiner K., Ztbl. f. Bakt. I. Orig. 1900, S. 391 f.; Wien. klin. Wschr. 1901, S. 1132 f. — Landsteiner und Levine, Journ. of exper. Med. 1928, 47, S. 757 f. u. 48, S. 731 f. — Lattes, Die Individualität des Blutes. Berlin 1925. — Meyer R., Ztbl. f. Gyn. 1930, Nr. 38; Zieglers Beiträge 1930, H. 2. — Müller, Arch. f. Derm. u. Syph. 1930, S. 248; Wien. med. Wschr. 1926, S. 1910. — Ogino, Ztbl. f. Gyn. 1932, Nr. 12. — Oppenheim, Arch. f. Derm. u. Syph. 1930, 245. — Philipp, Ztbl. f. Gyn. 1929, Nr. 38; 1930, Nr. 8 f. — Schiff F., Die Technik der Blutgruppenuntersuchung. Berlin 1926; 2. Aufl. 1929. — Smulders J. N. J., Periodische Enthaltung in der Ehe. Regensburg 1931; D. med. Wschr. 1933, Nr. 40. — Steinach, Physiolog. Ztbl. XXIV, 1912, S. 551 f.; Pflügers Arch. 1912, S. 71 f. u. weitere Arb. — Szathmáry Z. v., Arch. f. Gyn. Bd. 157, 1934 H. 2. — Wagner G. A., Ztbl. f. Gyn. 1930, Nr. 26; D. med. Wschr. 1930, Nr. 27. — Wagner-Jauregg, Psych.-neurol. Wschr. 1918/19, S. 132 f. u. S. 251 f. — Wittenbeck F., Arch. f. Gyn. 142. Bd., 1930, H. 2. — Wöhling A., D. med. Wschr. 1932, S. 987 f.

(Abgeschlossen im Juli 1934.)

II. Allgemeines

Sihle, Martin (Riga): **Über das Weltbild des Arztes und den Sinn der Krankheit.** Ein Appell zur Lebenssynthese. Verlag für Medizin, Weidmann & Co., Wien-Leipzig-Bern, 1934, 241 Seiten, Preis: Kart. RM 10.—, Leinen RM 12.—.

Sihle ist durch seine außerordentlich verdienstlichen Bestrebungen um eine medizinische Synthese — er ist der Organisator der so schönen Kongresse, die sich damit befassen — rühmlich bekannt. In dem vorliegenden Buch bietet er einen Einblick in seine klinische Denkerwerkstatt, zeigt, wie manches am Begriff der Krankheit noch gehöriger Klärung bedarf, zeigt auf, daß es neben der Erforschung der Patho-

genese auch noch des Studiums der Hygiogenese bedürfe, daß wir einer Korrelationspathologie bedürfen und einer Korrelationstherapie, macht uns bekannt mit seinen Konzeptionen des Potentials, der Partnerschaft und des Antagonismus, des „vegetativen Betriebsstücks" in ihrer Bedeutung für das tiefere Verständnis pathologischen wie anderen Geschehens im Körperlichen. Darüber hinaus weist Verf. Wege ins Metaphysische — an das Leib-Seele-Problem anknüpfend —, ja ins Religiöse und gewährt uns Einblicke in eine umfassende Geistigkeit, gleichwie schon vordem in seinen Vorträgen, davon nicht weniges in dem Werk reproduziert erscheint. Es kann nur die Hoffnung ausgesprochen werden, daß das bedeutsame Werk den so fruchtbaren Ideen des Verf., die die medizinische Synthese und die ärztliche Weltanschauung zum Mittelpunkt haben, recht viele Anhänger werben möge. Erwin Stransky (Wien).

Weiß, Julius (Wien): **Der Kranke und die Krankheit.** Neues Lehrbuch für Ärzte. Ferdinand Enke, Stuttgart, 247 S. Preis: RM 9.—, gbd. RM 10.80.

Der Verf., der in der Widmung und in einem Vorwort des Buches in besonderer Weise der großen Persönlichkeit von Friedrich Kraus seine Reverenz erweist, hat in einer neuen und eine Fülle empirischen Materials anregend verarbeitenden Weise versucht, so etwas wie eine Anthropologie des kranken Menschen zu geben. So wird der kranke Mensch nicht nur als Individualperson in den einzelnen Lebensstufen, als Geschlechtsperson, als Träger einer Erbmasse (Konstitution) dargestellt, sondern auch in allen seinen Beziehungen zur Umwelt mit besonderer Berücksichtigung der gesundheitsbedrohenden Faktoren. Erwähnt seien hier nur die Kapitel über Krankheit und Lebensweise, Klima, Trauma, Nationalität, Beruf etc., um den weit abgesteckten Rahmen des Buches zu zeigen. Von besonderem Interesse für den auch an psychologischen Fragen interessierten Arzt ist das letzte Kapitel über Krankheit und Genie, das einige treffende und kurze Pathographien über Friedrich Schiller, Nietzsche, Richard Wagner und andere enthält. Eine tabellarische Übersicht über die Lebenstätigkeit und Lebensdauer berühmter Männer der verschiedensten Arbeitsgebiete macht den Beschluß. Es ist dem Verf. gelungen, ein vor allem für den Praktiker an Anregungen und Ausblicken gleich gehaltvolles Werk zu schaffen. O. Kauders (Wien).

Jung, C. G.: Wirklichkeit der Seele. Anwendungen und Fortschritte der neueren Psychologie. Mit Beiträgen von Hugo Rosenthal, Emma Jung und W. M. Kranefeldt. Verlag Rascher & Cie., Zürich, 1934, 409 Seiten.

Man wird es Jung gerne zugestehen, daß er eine glänzende Feder führt und daß man seine Ausführungen stets mit Genuß lesen kann. In einigen Aufsätzen wird die Existenz einer Seele bewiesen, ferner finden wir hier den schon bekannten Vortrag (vom psychotherapeutischen Kongreß in Dresden) über Traumanalyse, sowie Aufsätze über Picasso und Ulysses, über Seele und Tod. Die jüdische Komponente des Buches vertritt Hugo Rosenthal mit einer sehr gründlichen Arbeit „Der Typengegensatz in der jüdischen Religionsgeschichte". Das Buch soll neue Ausblicke in religiöse, philosophische, kulturhistorische und künstlerische Probleme eröffnen. Ich kann darüber kein Urteil abgeben. Ich weiß nur das eine, daß sich in diesem Werk für den Arzt wenig Neues findet, das ihm in der Praxis helfen kann. Vielleicht der Beweis, daß es eine Seele gibt? Das bezweifeln wir ja nicht. Wir nennen uns mit Berechtigung Seelenärzte. Aber vielleicht bin ich veraltet und eine Archetype im Sinne Jungs. Das allerdings würde diese Zweifel entwerten und meine Kritik entkräften. Wenn es Typengegensätze gibt, sind Jung und Stekel geistige Antipoden, die nur ein Gemeinsames haben: Das Streben nach Erkenntnis und nach einer rationellen Psychotherapie. W. Stekel (Wien).

Adler, Gerhard: Entdeckung der Seele. Von Sigmund Freud und Alfred Adler zu C. G. Jung. Mit einem Geleitwort von C. G. Jung. Verlag Rascher & Cie, Zürich 1934, 157 S. Preis: Kart. RM 3.50.

Die Arbeit ist als Einführung in die Tiefenpsychologie gedacht und bringt ein übersichtlich geordnetes Referat über die theoretischen Gedankengänge von Freud, Adler und Jung. Während Adlers Bedeutung in einem kurzen Kapitel erörtert wird, erfährt Freuds Lebenswerk, als der Ausgangspunkt der gesamten Tiefenpsychologie, eine eingehende Würdigung. Fast drei Viertel des Buches sind den Arbeiten Jungs gewidmet. Ein eigenes Kapitel beschäftigt sich mit der Komplextheorie und mit dem Traum. Den Ausklang bildet das Kapitel: „Das Ziel der Individuation. Das Selbst" — im Sinne der analytischen Psychologie Jungs.

Dem psychotherapeutischen Anfänger wird dieses Buch als Wegweiser auf dem verschlungenen Gebiet der tiefenpsychologischen Literatur gute Dienste leisten, es darf ihm aber weder die Lektüre der drei, noch der anderen vom Verf. nicht referierten, aber für die Entwicklung der Pychotherapie grundlegenden Autoren ersetzen. Dem erfahrenen Psychotherapeuten wird hier zwar nichts Neues, aber ein anregend und ausgezeichnet geschriebenes Buch geboten. E. Bien (Wien).

Nachmansohn, Max (Luzern): **Die Hauptströmungen der Psychotherapie der Gegenwart.** Verlag Rascher & Cie., Zürich, 1933, 250 Seiten.

Das Buch enthält eine kritische Würdigung der gegenwärtigen Psychotherapie mit stellenweise subjektivistisch vorgetragener Polemik, sodaß man zwar von der ärztlichen Psychotherapie ein gutes Bild gewinnt, aber gesehen durch das stellenweise überschäumende Temperament Nachmansohns. Man findet eine gute Schilderung der Suggestivverfahren einschließlich der Hypnose, über die Verf. eine eigene Theorie aufstellt (u. zw., daß die Hypnose vom Schlaf grundsätzlich verschieden sei). Einigen Fortschritt stellt die Lehre Dubois' dar, die im Verf. einen pietätvollen Beschreiber findet. Dubois bildet „einen bedeutungsvollen Markstein in der Entwicklungsgeschichte der Psychotherapie". Das Jahr 1895 — die Entstehung der „Studien über Hysterie" von Breuer und Freud — ist das Geburtsjahr der modernen Psychotherapie: „Man wird wohl in Zukunft die Geschichte der Psychotherapie in die Zeit bis 1895 und in die Zeit nach 1895 einteilen." Das Verdienst Freuds liegt darin, daß er durch die Erschließung des Unbewußten die wissenschaftliche medizinische Psychologie ermöglichte. Das Unbewußte dürfe aber nicht zu einem „asylum ignorantiae" gemacht werden, was man bei so manchen analytischen Deutungen beobachte. Die Traumdeutung Freuds wird besonders gewürdigt. Verf. kombiniert sie mit einer hypnotischen Exploration, sodaß er auf diese Art nicht nur die Deutungszeit abkürzt, sondern manchmal erst eine vertiefte Deutung findet. Viele Teilstücke der Psychoanalyse werden mehr oder weniger scharf abgelehnt, so die Libidotheorie, die Partialtriebe, der Kastrationskomplex etc. — Am schlimmsten ergeht es A. Adler und seiner Individualpsychologie, an der Verf. kein gutes Haar findet: Harmlose Begebenheiten werden spitzfindig und überheblich gedeutet; die Mittel zur geforderten „Einordnung in die Gemeinschaft" seien inadäquat und die Therapie sei bestenfalls eine Persuasion im Sinne Dubois'. „So ist bei Adler ideengeschichtlich ein Fortschritt überhaupt nicht zu finden. Dagegen ein Fallenlassen der bedeutsamen Entdeckungen der modernen Psychologie und Biologie." — Das letzte Kapitel beschäftigt sich mit Jung, dessen Lehre „eine organische Fortentwicklung alles dessen bedeutet, was die moderne Psychotherapie und Psychologie an Ideen und Anregungen gebracht hat".

Ref. vermißt in den „Hauptströmungen der Psychotherapie der Gegenwart" vor allem die aktive Methode Stekels, die individuell ausgeprägten Richtungen Maeders und der nordischen Forscher, besonders Bjerres, und schließlich die vielversprechenden Anfänge mit dem autogenen Training J. H. Schultz'. Trotz dieser Unvollständigkeit macht die leichtverständliche Art der Darstellung das Buch zu einer anregenden und interessanten Lektüre, die sich aber — nach Meinung des Ref. — eher für ausübende, denn für werdende Psychotherapeuten eignet.

E. Bien (Wien).

Forel, O.-L.: Echothymie und moderne Charakterologie. Schweiz. Arch. Neurol. u. Psych. 32, H. 1 u. 2, 1933.

Forel trifft einige dankenswerte begriffliche Unterscheidungen. Echothymie bedeutet affektive Resonanzfähigkeit, d. h. einen allgemeinen seelischen Mechanismus, kraft dessen in einem Individuum B, wenn A einen Affekt zeigt, ein gleichsinniger Affekt entsteht. Echothymie ist nicht dasselbe wie Suggestibilität — denn zur Suggestion gehört außer der affektiven Resonanz noch die Akzeptation seitens des Ich. Echothymie ist auch nicht gleich Sympathie, denn letztere enthält bereits eine gewollte oder innerlich bejahte Zuwendung und Identifikation. Vor allem ist aber Echothymie nicht dasselbe wie Syntonie. Syntonie und Schizothymie sind charakterologische Radikale, Echothymie ist eine allgemeine Arteigenschaft; auch ein Schizothymer kann über eine besonders feine affektive Resonanzfähigkeit verfügen.

A. Kronfeld (Berlin).

Heun, Eugen: Die Biotypenlehre von W. Jaensch und ihre Bedeutung für die Therapie. Fortschr. d. Med. 52, H. 17, 1934.

Kurze und schematische Zusammenfassung der bekannten Lehre von E. R. und W. Jaensch über die eidetischen Typen, insbesondere den B- und T-Typus. Der T-Typus ist somatotherapeutisch (Kalk), der B-Typus psychotherapeutisch zugänglich.

A. Kronfeld (Berlin).

Unkrig, W. A.: Mönche und Mediziner im Kampf. Fortschr. d. Med. 52, H. 15, 1934.

Unkrig berichtet von den Ergebnissen russischer Forscher, die sich das Studium der lamaistischen Heilkunde zunächst zum Ziel gesetzt haben. Die lamaistische Heilkunde ist die einzige der Jetztzeit, die rein in priesterlichen Händen ruht. An den Lama-Arzt werden hohe ethische und psychologische Anforderungen gestellt und es erscheint nicht unwahrscheinlich, daß gerade davon manche „Wunderheilung" ausgeht. Die Sowjetbehörde sagt in ihrem Einflußgebiet dieser Medizin den Kampf an, hauptsächlich, weil sie eine Institution der lamaistischen Kirche sei.

Willy Bircher (Zürich).

Minkowski, E.: Le Temps vécu. Collection de L'evolution psychiatrique (Durchlebte Zeit, Sammelwerk). J. L. L. D'Arthrey, Paris, 1933, 401 S.

Eine Sammlung verschiedener Aufsätze über das Zeit- und Raumproblem. An Hand reicher Erfahrung und zahlreicher Krankengeschichten wird das Thema in geistreicher Form erschöpft. Angesichts des überreichen Inhalts möchte man fast sagen: Weniger wäre mehr gewesen. Auf jeden Fall eine außerordentliche Leistung und allen philosophisch geschulten Ärzten zu empfehlen. W. Stekel (Wien).

III. Spezielle Psychotherapie

Hermann, Imre: Die Psychoanalyse als Methode. Int. Psychoanal. Verl. Wien, 1934.

Eine Untersuchung der psa. Methodik hat zunächst die psa. Konstellation zu untersuchen, das ist jene seelische Einstellung, die für die psa. Beobachtung und Heilung die günstigsten Bedingungen schafft. Die Aufforderung an den Analysanden, alles zu sagen, was ihm durch den Kopf geht, genügt nicht; sie muß ergänzt werden durch eine bestimmte Richtung der Aufmerksamkeit auf Gedanken, Gefühle und Erinnerungen. Das völlige Aufheben der gerichteten Aufmerksamkeit bewirkt einen für die Ps.-A. ungeeigneten, der Ideenflucht ähnlichen Zustand. Unbedingt notwendig sind ferner die Herbeiführung eines schlafähnlichen Zustandes von ruhiger Versenkung, der das Auftreten kindlicher Verhaltensweisen und Erinnerungen erleichtert, sowie die Ableitung der Affekte in der Form der sprachlichen Äußerung, d. h. die ursprüng-

lichen Affekte müssen im Augenblick der Entstehung in sprachlichen Ausdruck gebracht werden. Von größter Bedeutung für das ungestörte Auftauchen von Einfällen ist ferner die Überwindung der von den verschiedenen seelischen Instanzen, dem Es, dem Ich und Überich ausgehenden Widerstände, deren Wesen und Erscheinungsformen vom Verf. einer gründlichen Untersuchung unterzogen werden.

Der zweite Hauptteil der psa. Arbeit ist die Verarbeitung des gewonnenen Materials, die darin besteht, daß ihr Sinn erfaßt wird. Den Sinn eines Einfalls oder eines bestimmten Verhaltens eines Symptoms angeben, heißt aber ihn ins Seelenkontinuum der Person einfügen, wobei die freie Assoziation sinnentlockend wirkt. Eine Sinnhaftigkeit gibt es aber nur innerhalb eines psychischen Spielraums, denn außerhalb desselben herrscht im Gegensatz zur Sinnhaftigkeit der innerseelischen Geschehnisse der Zufall der Welt. Die Ganzheit und Vollständigkeit des seelischen Kontinuums wird aber nicht durch das Bewußtsein, sondern durch das Unbewußte geliefert. Analysierbar ist dementsprechend das, dessen Berührung mit dem Unbewußten feststeht. Die psa. Sinnhaftigkeit wird weiter gegenüber der Zweckmäßigkeit und der Kausalität abgegrenzt; die Sinnzusammenhänge sind noch keine kausalen Erklärungen, sie werden es erst durch Einsicht in die Triebdynamik. Nach der Sinnerfassung des Dargebotenen kommt der letzte Schritt der psa. Arbeit, die Mitteilung des Erratenen, die mit dem entsprechenden Takt geschehen muß. Meist wird der Analysierte erst durch das Aussprechen mit dem wirklichen Inhalt seines Seelenlebens bekannt. Es folgt eine Prüfung des Aufbaus wissenschaftlicher Feststellungen, dabei wird betont, daß die normalen Erscheinungen Produkte der Entwicklung sind, die abnormen jedoch Produkte von Traumen; dazwischen fällt eine Zone der Verursachung durch typische Traumen, welche als unvermeidliche Erlebnisse des werdenden Menschen die Führung übernehmen, vor allem die Beobachtung des elterlichen Koitus und die Kastrationsdrohung. H. Zweig (Brünn).

Reich, Wilhelm: Charakteranalyse. Technik und Grundlagen für Studierende und praktizierende Analytiker. Verlag für Sexualpolitik, Kopenhagen, 1933.

Von den Neuerscheinungen auf dem Gebiet der Freudschen Psychoanalyse möchte ich dieses Buch besonders hervorheben. Die Technik der Widerstandsanalyse und der Charakteranalyse wird klar und präzis beschrieben. Übertragung und Abbau der Übertragung werden meisterhaft geschildert; wenn man auch nicht mit allem einverstanden sein kann, man muß es zugeben, stellt man sich auf den Standpunkt der Freudschen Analyse. Den schwachen Punkt des Buches bilden die Krankengeschichten, welche eine Unkenntnis der Traumdeutung bekunden. Überdies wendet Verf. Methoden an, deren Nachahmung zu grotesken Erscheinungen führen würde. Selbst für den Fall, daß ich damit Erfolge erzielen könnte, würde ich mich z. B. nicht auf den Boden werfen, und einen Kranken nachäffend, ihm sein lächerliches Benehmen vor Augen führen. Jeder Arzt wählt die Methoden, die seiner Persönlichkeit entsprechen. Reich scheint eine Überfülle von Temperament ausleben zu müssen und in diesem Sinn ist er sogar ein aktiver Analytiker. Abgesehen von den Fehlern, wird jeder Psychotherapeut das Buch mit Genuß und Nutzen lesen. W. Stekel (Wien).

Bunnemann, O.: Psychologische Analyse und Psychoanalyse. Mon. f. Psychiatr. 79.

Verf. stellt einen Gegensatz auf zwischen einer psychologischen Analyse, welche in rein beschreibender Weise die Erkenntnisse, die sich aus der unmittelbaren Wahrnehmung abstrahieren lassen, in Begriffe faßt und ordnet und welche durch Freuds Methode der Erschließung unbewußter Prozesse in der Hypnose in eine tiefenpsychologische umgewandelt wurden und der Freudschen Psychoanalyse, die in mechanistisch-materialistischer Denkweise die psychischen Zustandsbilder in gesetzmäßig voneinander abhängige, eindeutig determinierte Kettenglieder auflöst. (Wo bleibt bei dieser Betrachtung die psychoanalytische Lehre von der Ueberdeter-

mination?) Die Psychoanalyse will in ihrer Verabsolutierung im Gegensatz zur Psychologie wissen, was ist, was den Begriffen zugrunde liegt, und gelangt so zum Aufbau eines dogmatischen Systems. Die im Mittelpunkt des Trieblebens stehende Libido gehört als etwas Differenziertes an die Peripherie des Psychischen. Wir müssen daher unter dankbarer Anerkennung der von Freud gewonnenen Tatsachen und Ablehnung seiner dogmatischen Theorien zurück zur psychologischen Analyse in ihrer tiefenpsychologischen Erweiterung. Die Wahrheit, das Leben, wie es an sich ist, können wir nicht erkennen; wir können nur von verschiedenen Seiten mit menschlichen Erkenntnismethoden an das Leben herantreten. Dabei muß Verf. dessen schroff antithetischen Ausführungen etwas Konstruiertes anhaftet, gestehen, daß „bei vorsichtiger Übertragung Freudscher Deutungsweisen auf den Einzelfall therapeutische Erfolge erzielt werden können". H. Zweig (Brünn).

Stransky, E.: Zum Inzestproblem. Wien. med. Wochenschr. H. 43, 1933.

Unter 176 schriftlich aufgezeichneten Lebensgeschichten psychotherapeutisch behandelter neurotischer Ambulatoriumspatientinnen berichten 9 über inzestuöse Akte, deren Opfer sie in einer weit zurückliegenden Vergangenheit gewesen seien. Ein Vergleich mit der deutschen und österreichischen kriminalistischen Statistik zeigt, daß inzestuöse Akte viel häufiger sind als in den Tabellen zum Ausdruck gelangen kann. Der Vater-Tochterinzest ist der häufigste und der Norm relativ am nächsten stehend, der Mutter-Sohninzest am seltensten, weil er mit der Subordinationshaltung des Sohnes der Mutter gegenüber nicht zu vereinen ist, eine Mittelstellung dürfe der Geschwisterinzest einnehmen. Neben einer psychopathischen Beschaffenheit des Täters spielen auch Gelegenheitsfaktoren, namentlich Alkoholismus, eine große Rolle. Verf. ist beim Auftreten solcher Neigungen für eine psychagogische Ablenkung, bzw. Abkapselung, nach vollzogener Tat für eine schonungslos abschreckende Strafe. H. Zweig (Brünn).

Brüel, Oluf: Film als psycho-traumatisches Kindheitserlebnis. Fortschr. d. Med. 51, H. 24, 1933.

In der vorliegenden Arbeit behandelt Verf. den Einfluß eines Filmes auf das Seelenleben eines gesunden, unbelasteten 15jährigen Mädchens. Es handelt sich um den Film „Glöckner von Notre Dame", der bei dem Kind zur Entfaltung von allerlei nervösen und phobischen Symptomen führte. Der Film wirkte sich als ein psychisches Trauma aus; insbesondere war es Chaneys Darstellung des krüppelhaften Glöckners Quasimodo, die das Verhältnis dieses häßlichen Menschen zur Glocke als ein menschliches und sogar sexuell gefärbtes hervortreten ließ, welche das kindliche Gemüt in unliebsamer Weise beeindruckte. Verf. knüpft an seine Ausführungen die Forderung, daß jene Amtspersonen, denen die Zensur der für die Jugend bestimmten Filme obliegt, psychologische, speziell kinder-psychologische Kenntnisse besitzen mögen, damit sie auf Grund ihrer Erfahrung entscheiden, welche Filme „psycho-traumatisch" wirken können. Er bemängelt, daß unter den Beamten, denen diese Aufgabe zugewiesen wird, sich kaum jemals ein psychotherapeutisch geschulter Arzt befindet. Er betont, daß während Filme, in denen ein natürliches sexuelles Moment vorkommt, als schädlich ausgeschieden werden, hingegen die abscheulichen und häßlichen Wiedergaben anderer Lebenssituationen den Jugendlichen unbekümmert vorgeführt werden. Man muß dem Verf. in dieser Hinsicht Recht geben. Das bezieht sich insbesondere auf die Kriminalfilme, mit denen die kindlichen Seelen vergiftet werden.

E. Gutheil (Wien).

Wengraf, Fritz: Psychotherapie des Frauenarztes. Verlag der psychotherapeutischen Praxis, Wien—Leipzig—Bern, 1934, 262 Seiten, Preis RM 18.—.

Einem näheren Inhaltsbericht und einzelnen kritischen Bemerkungen ist der Gesamteindruck dieses Buches vorauszuschicken. Wir haben es hier mit einem Werk zu tun, das die höchste Aufmerksamkeit aller Frauenärzte verdient. Bisher hat eine der-

artige Zusammenstellung und ein so klarer Einblick in das Wirken eines angesehenen Psychotherapeuten auf rein gynäkologischem Gebiet noch vollkommen gefehlt. Schon allein die Tatsache, daß hiemit eine wesentliche Lücke im medizinischen Schrifttum ausgefüllt wird, scheint Ref. von großer Bedeutung. Auch die hohe didaktische Begabung W.s soll sehr anerkannt werden. Der Autor ist Schüler von W. Stekel. Was wir in den vielen sehr bedeutenden Werken des Meisters uns erst mühsam zusammensuchen müssen, ist hier in verhältnismäßig angenehmer Kürze für den Frauenarzt zusammengefaßt und durch die reichen Erfahrungen W.s ergänzt. Mehr als bei anderen Disziplinen zeigte sich von allem Anfang an im Rahmen der Psychoanalyse das Bestreben, Schulen zu bilden und die Schüler bis zu ihrem (vielleicht einmal eintretenden) Abfall scharf an die Lehrmeinungen des Meisters zu halten. Bei der Lektüre des Buches von W. aber bekommt auch ein kritischer Leser den lebhaften Wunsch, doch auch einmal von einem so gewissenhaften und universell gebildeten Mitarbeiter derart richtig verstanden und klar interpretiert zu werden. So finden wir denn in diesem Buch eine sehr lesenswerte Darstellung darüber, wie und warum Freud im Lauf der Jahre immer weniger Interesse an der Psychotherapie zeigte. W. verkennt dabei leider den Weitblick von Freud in seinen späteren Jahren und das Bestreben, seinen praktisch und vielfach rein intuitiv gewonnenen Erfahrungstatsachen die nötige philosophische Grundlage zu geben und über das Einzelschicksal weit hinausweisend transzendentale Fragen psychologisch zu erforschen. Auch die Individualpsychologie Adlers wird nach Meinung des Ref. etwas zu rasch erklärt, zu gering geschätzt und zu leicht hin abgelehnt. Gerade als Therapeut wird man zum Eklektiker erzogen. C. G. Jung wird kaum erwähnt. Zum großen Teil ist es gewiß richtig, daß einzig Stekels Methode, die vor allem auf praktische Ziele gerichtet ist, starken Einfluß auf einzelne ärztliche Fachgebiete gewonnen hat. Stekel, der viele Jahre als praktischer Arzt gearbeitet hat, hat auch später nie den Anschluß an die klinische Medizin aus dem Auge gelassen. Er hat aus diesem Grund eine Technik ausgearbeitet, die den Anforderungen der ärztlichen Praxis entspricht. Er ist bestrebt, die Dauer der psychotherapeutischen Behandlung auf ein Minimum herabzusetzen. Die sogenannte „Symptomanalyse“, die die Freud-Schule ablehnt, die aber eine eminente Notwendigkeit spezialärztlicher Therapie darstellt, ist im Rahmen seiner Methode zu einem wertvollen Behelf ausgebaut worden. Seine „Geschlechtskälte der Frau“ ist wohl die Grundlage der Untersuchungen von W. und das Buch, auf das immer wieder hingewiesen werden muß.

Bei aller Anerkennung der Forschungsergebnisse von Freud und seiner weitverzweigten und weit entzweiten Schüler kann es Ref. aber doch nicht unterschreiben, wenn das psychotherapeutische Wirken von Walthard, August Mayer und Liepmann als „gescheitert“ bezeichnet wird. Mathes, Kehrer und Krönig werden jedoch an anderen Stellen des Buches entsprechend gewürdigt. Man darf das Buch von W. nicht mitten drin zu lesen beginnen, sonst werden nur Mißverständnisse entstehen. Er übernahm nämlich die Nomenklatur von Stekel, der entsprechend seiner Ansicht, alle neurotischen Erscheinungen als Ausdruck einer Erkrankung des Affektes zu betrachten, die gebräuchliche Bezeichnung „Neurose“ durch „Parapathie“ (Störung, Erkrankung des Pathos, Triebes, Affektes) ersetzte.

W. hält sich bei Einteilung des Stoffes an das vorherrschende gynäkologische Symptom. Dies erleichtert zwar dem Gynäkologen, sich in die Auffassungsart Stekels, pardon, hier Wengrafs, einzuarbeiten, führt aber doch zu einer bedeutenden Gefahr. Der oberflächliche Leser oder gar der nicht analytisch geschulte Arzt, der nun beim Versagen der organpathologisch gewohnten Lokalbehandlung in diesem Buch eine Anweisung sucht, was psychotherapeutisch noch zu machen wäre, könnte in den Glauben geraten, das gynäkologische Symptom sei irgendwie für die Art der psychischen Abwegigkeit pathognomisch, während es doch nur eben wegen seiner organtherapeutischen schlechten Behebbarkeit ein Anzeichen dafür ist, daß

es sich um wesentlich andere Dinge handelt. Der genügend vorgebildete Leser wird wohl in allen Einzelfragen W. mit Freude zustimmen. Ref. tut dies auch bei den Anschauungen W.s in bezug auf die manchmal vorhandene psychogene Myomentstehung. W. hat z. B. 14 Myomfälle behandelt und dabei „sechsmal Schwinden der Geschwülste nach mehr oder minder eingreifender psychotherapeutischer Kur beobachtet". Auch Ref. hält die Genese der Myome oft für psychisch bedingt und sah wiederholt Myome durch günstige Änderungen im Eheleben der Myomträgerinnen wieder schwinden. Derartiger aktivanalytischer Erfolge kann sich Ref. allerdings nicht rühmen. Äußerst lesenswert sind die Kapitel über seelische Störungen als Operationsfolgen, sowie über Psychologisches zum Narkoseproblem, besonders auch über die analysierten Narkoseträume. Vorzüglich sind die immer wiederholten Äußerungen über das psychische Arzt-Patient-Verhältnis, über die Bedeutung der „Übertragung"; besonders der erst kurz in der Praxis stehende Arzt könnte hier sehr viel lernen. Auffallend wenig hören wir über Graviditätspsychosen und über die eingebildete Schwangerschaft. Auch der Analytiker ist eben von seinem Material weitgehend abhängig. Doch wäre es eine dankbare Aufgabe, die bei rein geburtshilflicher Tätigkeit sich ergebenden psychischen Fragen ebenso gründlich zu behandeln, wie es W. mit den gynäkologischen Symptomen getan hat. Die Schwierigkeiten sind hier vielleicht noch größer, nicht zuletzt deswegen, weil sehr häufig Psychoneurosen während einer Schwangerschaft und besonders durch das Erleben der Mutterschaft schwinden oder an Kraft und Aktualität gottlob in weitestem Ausmaß verlieren.

Das wichtigste in dem Buch sind aber die Ratschläge zur Technik der Psychotherapie des Frauenarztes. Offenbar hat W. recht, wenn er behauptet, daß die von Stekel inaugurierte aktive Technik an den Psychotherapeuten noch höhere Anforderungen stellt, als die passive Analyse nach der alten Methode von Freud, der immer betonte, daß man in der Behandlung die Führung dem Kranken überlassen soll. Stekel hat das Verdienst, dieses Vorgehen abgelehnt zu haben; er hat wiederholt darauf hingewiesen, daß eine längere als höchstens fünfmonatige Dauer der Analyse keinen Erfolg zeitigen könne. Seine Schule kommt meist mit höchstens 20 Sitzungen aus. Manche Dysmenorrhöe konnte W. in einer Sitzung abschaffen, wobei er zugibt, daß dann der Erfolg keineswegs als gesichert angesehen werden durfte. Gewiß muß die psychotherapeutische Behandlung so aufgebaut werden, daß der Patient eine Heilung selbst will; denn der Therapeut darf nicht vergessen, daß der Krankheitsgewinn ein Faktor ist, der die therapeutischen Absichten oft paralysiert. Berechtigung, Methodik und Ziel der Therapie können nicht besser und kürzer dargestellt werden, als es die Schlußworte W.s tun: „Stekel hat die Parapathie als Krankheit des bösen Gewissens bezeichnet; der Gewissenskonflikt, die Spannung zwischen Wollen und Nicht-Können, die Polarität zwischen Ich und Es sind die treibenden, krankmachenden Faktoren. Der Arzt sieht das wundervolle Wirken der Seele vor sich, in das er sich einlebt, das er durch seine Einflußnahme von den Hemmnissen befreit, die meist der gesamten Persönlichkeit den Stempel des Abwegigen, des Minderwertigen, des Enterbten aufgedrückt haben. In ihren Symbolen, deren Verständnis an alle Tätigkeit des menschlichen Geistes rührt, die mitunter archaische Ausdrucksformen annimmt, drückt die wunde Psyche ihre Wünsche und Sehnsüchte aus; ihr Studium bereitet nicht nur dem Arzt eine ungeahnte Vertiefung seines Wissens, es befreit auch den Kranken von unerträglichen Leiden."

R. Hofstätter (Wien).

Schauer, Franz: Die Mangel-Diagnose als Voraussetzung für die Ermöglichung seelischer Gesundung. Arzt und Seelsorger, H. 28. Verlag Friedrich Bahn, Schwerin in Mecklb., 1934, 32 S. Preis RM 1.20.

Der Selbst-Diagnose der seelisch Leidenden („Ich habe diese oder jene Schwierigkeit... ich bin gehemmt, verzweifelt, krank" etc.) stellt Verf., ein Berliner Individualpsychologe, die Mangel-Diagnose gegenüber. Darunter versteht er die

diagnostische Feststellung des Mangels „einer positiven Lebensauffassung und bejahenden Lebensführung". Das Primäre an der Neurose sei das seelische „Mangel-Leiden". Man müsse dem Pat. zeigen, „was er entbehrt, was ihm fehlt, woran er leidet". Dem aktiven Pessimismus des Neurotikers müsse man den aktiven Bejahungswillen entgegenstellen. Mit Hilfe der Selbsterkenntnis, der Schulung des Willens, des Trainings befreit man die Eigenwerte des Kranken zu neuem Leben und zur Gesundung. E. Bien (Wien).

Odencrants, G.: Eine effektive Hypnosemethode. Acta Societat. medic. Suecanae.

Zuerst psychische Vorbereitung; Versprechen, während der Hypnose nicht auszufragen; kleine Analyse zur Gewöhnung an den Arzt; Erklärung, daß die Hypnose durch Selbstsuggestion eintritt. Dann schrittweise schwerere Übungen: 1. Gleichgewichtsstörungen, 2. Handhaltungen, 3. Krampfhaltungen der Adduktoren, 4. Augenlidhaltungen. In dem hier einsetzenden hypotaktischen Stadium beruhigende und therapeutische Suggestionen. — Gute technische Anleitungen in der kleinen Arbeit.

A. Mißriegler (Wördern).

Schultz, J. H.: Zur Psychologie der Gesundheitsschädigungen nach Hypnose. Psychiatr.-Neur. Wochenschr. 35, Nr. 51, 1933.

Verf. hat sich mit der Materie schon vor Jahren beschäftigt. Aus seinen Erfahrungen in letzter Zeit berichtet er über einen interessanten Fall. Während oft Klagen nach Hypnoseschädigung durch Laien auf hysteroide oder psychotische oder durch allgemeine Beschwerden gefärbte Zustandsbilder hinauskommen, die auf ärztliche Gegenhypnose gut reagieren, bot dieser Fall — Hypnose einer 35jährigen Frau durch den Mann der Schwester, um sie von einer aussichtslosen Liebe zu heilen — einen gut analysierbaren Komplex dar, der ohne Gegenhypnose mit Analyse und Beratung geheilt wurde. G. Flatau (Berlin).

Kogerer, H.: Psychische Behandlung der Impotenz. Wr. klin. Wschr. H. 45, 1933.

K. gibt in seinem Seminarvortrag vorerst eine genaue Umschreibung des Indikationsgebietes der Psychotherapie der Impotenz, sodann bespricht er die einzelnen Formen dieses Leidens von ätiologischen Gesichtspunkten aus. Aus der Fülle der Möglichkeiten greift K. mehrere heraus, wie z. B. allgemeine Minderwertigkeitsgefühle, Onaniekomplex, Angst vor dem Geschlechtspartner, ungelöste Libidofixierungen usw., denen er mit Recht eine große Bedeutung beim Zustandekommen der Sexualstörung beimißt. — Von den therapeutischen Verfahren werden je nach der Schwere des Falles einfache Belehrung, Suggestivbehandlung („autogenes Training" und Hypnose), schließlich die tiefenpsychologische Therapie empfohlen. Wenn K. sich gegen eine lokale Therapie des Leidens wendet, so muß dies von jedem Fachmann anerkannt werden. Auf diesem Gebiet wird von den einzelnen Ärzten noch immer viel zu viel daneben behandelt, trotzdem maßgebende Kreise schon seit langem gegen die mit der aussichtslosen Lokalbehandlung verbundene Verschwendung des Volksvermögens auftreten. — Es wäre sehr zu wünschen, daß dieser, für praktische Ärzte bestimmte, sehr konzis gehaltene Vortrag zur Eindämmung der nutzlosen Polypragmasie bei der Impotenzbehandlung beitragen möge. E. Gutheil (Wien).

Nycander, Gunnar: Eine Krankheit, die bestraft wird. (Em sjütedom, som bestraffas.) Eine Studie über die Psychophysik der Homosexualität. Wahlström & Wikstrand, Stockholm, 159 Seiten, 1933.

Verf. würdigt zunächst die monumentalen Arbeiten Hirschfelds über die Homosexualität und gibt eine Übersicht der Untersuchungen Steinachs u. A. Interessant sind die Ausführungen des Verf. im Anschluß an die Besprechung der Kretschmerschen Konstitutionstypen. Verhältnismäßig wenig Platz wird leider

der Lehre von den psychogenen, milieubedingten Ursachen eingeräumt, die aber trotzdem vom Verf. — und mit Recht — als am befriedigendsten angesehen wird. Hier soll man sich vor allem an Stekels epochale Untersuchungen halten, die in seinem großen Werk: „Störungen des Trieb- und Affektlebens" insbesondere in dem Band „Onanie und Homosexualität" niedergelegt wurden. — Zum Schluß seiner Arbeit bringt Nycander typische Krankengeschichten, deren eine Stekel entnommen ist und die Heilung eines homosexuellen Mannes mit Hilfe der aktivanalytischen Methode darstellt, während eine andere eine kurze Wiedergabe der in England verbotenen, anderswo aber viel gelesenen Erzählung "The Well of Loneliness" von Radclyffe Hall ist. Dieses Buch gibt eine, augenscheinlich nach lebendem Modell abgefaßte, Darstellung des Lebens und Schicksals einer homosexuellen Frau.

Im Ganzen ist das Buch eine sehr tüchtige, von bedeutendem Wissen und eingehender Kenntnis des Stoffes zeugende Arbeit — sicherlich eine der gewichtigsten, die in skandinavischer Sprache auf diesem Gebiet erschienen sind.

Oluf Brüel (Kopenhagen).

Steeden, C. L. van: Seelisch entstandene Blindheit und körperliche Veränderungen. (Blindheid en lichamelijke veranderingen door de ziel verwekt.) Verlag G. Naeff, Gravenhage, 1934.

Verf. geht in seiner Broschüre von einer Veröffentlichung Rochats (Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 77, I, 626, 1933) aus, in der dieser Autor eine kleine Epidemie von akuter, kurzdauernder Blindheit an einem Auge beschrieb, für welche eine retrobulbäre Neuritis von unbekannter, wahrscheinlich infektiöser Ätiologie angenommen wurde. Er meint, daß diese Affektion einer psychischen Ursache, vermutlich einer Angstneurose zugeschrieben werden muß und nimmt als ätiologisches Moment einen Gefäßkrampf der arteria centralis retinae an. Anlehnend an Alkans Buch: „Anatomische Organkrankheiten aus seelischer Ursache" weist er auf mehrere Krankheiten hin, welche bis jetzt nur als somatisch angesehen wurden, die aber, wenn psychopathologisch betrachtet, kausal behandelt werden könnten. — Für den erfahrenen Psychotherapeuten bietet das sympathische, mit Überzeugung geschriebene Büchlein wenig Neues, dem allgemeinen Arzt mag es, weil es ihm den neuen Weg in die Auffassung und Behandlung mancher „Organ"krankheiten zu zeigen vermag, von Nutzen sein. A. A. Weinberg (Groningen).

Brauns, W.: Zur Behandlung der allergischen Erkrankungen, insbesondere des Heufiebers. Med. Welt H. 16, 1933.

Brauns berichtet über die Erfolge hypnotischer Behandlung des Heufiebers. Die fortlaufende Beobachtung seiner Kranken erwies, daß mehrere 1 bis 3 Jahre von Rückfällen verschont blieben. Für den, der Heufieber, Heubronchialasthma nicht als „nur" allergische, sondern auch stark seelisch bedingte Erkrankung auffaßt, bedeuten seine Erfahrungen nichts Neues. In einer Arbeit, „Allergie und Hypnose" (Med. Welt 1933, Nr. 33), verwies ich auf meine Veröffentlichung über die Anwendung der Hypnose bei Heufieber. (In der Münch. med. Wochenschr. Nr. 37, 1908, erschienen.) Brauns hält die Psychotherapie bei allergischen Erkrankungen nicht für die „einzige, erfolgverheißende Behandlung". Aber sie dämpft „die Aktivität und erhöht die Reizschwelle". Meine jahrzehntelangen Beobachtungen decken sich völlig mit den Braunsschen.

Jede sachgemäße, mit Abhärtung, Erziehung, Atemgymnastik verbundene Hypnose wirkt auch „desensibilisierend". Die mittelbare Wirkung der Hypnose, die unmittelbare der Schleimhautmassage wird viel zu wenig beachtet.

A. A. Friedländer (Freiburg i. Br.).

Dekker, H.: Gibt es ein „Asthma nervosum"? Münch. med. Wochenschr. H. 9, 1934.

Verf. beantwortet auf Grund seiner reichen Erfahrung die Frage verneinend. Er anerkennt nur ein auf allergischem Boden entstandenes Asthma. Er bezweifelt

nicht, daß Asthma „ausnahmsweise durch seelische Einwirkung ausgelöst" und durch seelische Behandlung, etwa durch Hypnose, beeinflußt werden kann. Dekker leugnet auch nicht endokrine Einflüsse. Er ist aber der Ansicht, daß nur die allergische Auffassung die ursächliche Behandlung ermöglicht.

Über meine eigenen Erfahrungen berichte ich an anderer Stelle dieser Zeitschrift. (Vgl. S. 144 ff.) A. A. Friedländer (Freiburg i. Br.).

Doerfler, Hans: Die Magenneurose. Münch. med. Wochenschr. H. 6, S. 201, 1934.

Verf. verdankt die genaue Kenntnis der Magenneurose vor allem einer jahrelangen genauen Selbstbeobachtung. Als wichtigste Ursache betrachtet er die Minderwertigkeit der Konstitution, u. zw. des Zentralnervensystems in seinen Beziehungen zum vegetativen System. Als sekundäre Ursache werden so ziemlich alle das vegetative System schädigenden körperlichen und psychischen Reize namhaft gemacht. Die Meinung des Verf., daß Magenneurosen vorwiegend beim männlichen Geschlecht vorkommen, müßte wohl erst durch ausführliche statistische Untersuchung gestützt werden. Die Bedeutung lokaler Funktionsstörungen wird vom Verf. dahin verkannt, daß er die von ihm so hoch eingeschätzte konstitutionelle Minderwertigkeit zu allgemein faßt und nicht auf das befallene Organsystem anwendet. Zeitlich an dritter Stelle, aber ebenfalls hochbedeutsam ist für den Magenneurotiker das Verhalten des Arztes bzw. der Ärzte. Nach dieser richtigen Einschätzung der Bedeutung psychogener Faktoren, insbesondere der Suggestibilität, wirkt es einigermaßen überraschend, daß Verfasser sich in seinen Ausführungen über die Therapie auf diätetische, medikamentöse und physikalische Maßnahmen beschränkt, obwohl er allerdings wiederum die Wirksamkeit maskierter Suggestionen richtig würdigt.

H. Kogerer (Wien).

Benjamin E. und P. Hinst: Über gehäufte Absencen. Mon. f Kinderheilk. 56, 1933.

Die Autoren gehen bei einem Kongreßvortrag über gehäufte Absencen von den von Benjamin bereits früher mitgeteilten Anschauungen über jene grundlegengen Verhaltungsweisen des neurotischen Kindes aus, die sich in den ersten Lebensjahren aufs Deutlichste zu erkennen geben, aber auch für alle Zukunft das Dasein des neurotischen Menschen bestimmen. Als solche Verhaltungsweisen werden aufgezählt: die Auflehnung, der Entwicklungsstillstand und schließlich die Abwendung von der Realität der Tatsachen, das Zurückziehen auf sich selbst, die Introversion. Schulbeispiele für die Reaktionsform der Abwendung, der Abbrechung des Kontaktes mit der Umwelt, seien das Fingerlutschen, aber auch die Onanie. Die Abwendungstendenzen treten auch bei den gehäuften Absencen besonders sinnfällig in Erscheinung. Die Vortragenden stützen sich dabei insbesondere auf einen von ihnen beobachteten Einzelfall. Sie führen zur Stützung ihrer Anschauung die Häufung von Absencen bei bestimmten unangenehmen Erlebnissen, wie Zurechtweisungen, Strafen und ähnlichem nicht nur in ihrem eigenen Falle, sondern auch in den anderen in der Literatur mitgeteilten Fällen an. Dabei wird die konstitutionelle Grundlage und ein chronisch wirkender Umweltschaden als wichtiger für das Zustandekommen des Krankheitsbildes angesehen, als das allerdings in einem großen Teil der Fälle festgestellte auslösende aktuelle Erlebnis, das in einem Viertel der mitgeteilten Fälle ein Schreckerlebnis gewesen sein soll. Werner Kornfeld (Wien).

Masserman, Jules H.: Psychogenic Faktors in Some Epilepsies (Psychogene Faktoren in gewissen Epilepsien). Journ. of. Nerv. a. Mental Disease Bd. 79, H. 4, 1933.

Es werden zwei Fälle beschrieben, an denen seelische Triebkräfte bei der Epilepsie nachgewiesen werden sollen. Von diesen zwei Fällen ist der erste, wenn man sich auf die Darstellung des Verf. verläßt, sicher keine Epilepsie. Was feststeht, sind „Anfälle", die der Kranke selbst als Versteifung („getting all stiffened up") und

Ohnmacht („falling into a sort of faint") beschreibt, während welchen Zustandes der Kranke alles hören kann, was um ihn vorgeht; der zweite Kranke scheint, gemäß der Beschreibung, eine „echte" Epilepsie zu sein. Verf. versucht in beiden Fällen psychogene Faktoren herauszufinden. Er sieht sie in den sexuellen Traumen der Kindheit, in Widerständen gegen die Arbeit und mangelhafter Einordnung in die Gesellschaft (social maladjustment). Der zweite Kranke erlebt tatsächlich Ungewöhnliches; in seinem 8. Lebensjahr ist er Zeuge von allerlei Paraphilien, die die Eltern miteinander treiben, kurz darauf wird er selbst vom Vater zur Päderastie verführt und ist schließlich Augenzeuge einer Verführung seiner nicht viel älteren Schwester durch den Vater. Daß es dann zwischen ihm und der Schwester zum Sexualverkehr kommt, ist unter den obwaltenden Umständen fast weniger auffällig. Welche Bedeutung haben nun die sexuellen Traumen für die Erkrankung des Patienten? Verf. weist darauf hin, daß der Kranke in seiner Kindheit sich den sexuellen Annäherungsversuchen des Vaters zu entziehen suchte, indem er „in Ohnmacht fiel". Er fiel auch sonst in Ohnmacht, wenn er etwas Unangenehmes zu verrichten hatte. Daraus leitet der Verf. die Ansicht ab, daß die epileptischen Anfälle später unbewußt derselben Absicht dienten. — Für jeden, der die Psychogenese der Epilepsie studiert hat, bedeutet eine solche Deutung keine genügende Klärung. Es ist zu bedauern, daß Verf. die Arbeiten Stekels und seiner Schüler nicht zu kennen scheint, ja nicht einmal die seines Landsmannes Clark scheinen ihm geläufig zu sein; sonst würde er sich nicht mit der Auffassung: „Anfälle als Flucht vor Päderastie" begnügen. Dagegen spricht vor allem der Umstand, daß der Kranke später den homosexuellen Akten sowohl mit dem Vater als auch mit Anderen (bei Militär) durchaus zustimmend gegenüberstand. Auch „sexual, economic, and social maladjustment" sind für eine Reaktion wie der epileptische Anfall keine hinreichenden Motive. Bleibt noch zu erwähnen, daß es dem Verf. gelungen ist, beide Kranken zu heilen, wobei er sich bemühte, soweit es möglich war, die persönlichen, beruflichen, gesellschaftlichen und sexuellen Bedingungen der Kranken zu bessern E. Gutheil (Wien).

Meerloo, A.: Über die Rauschsucht. Allg. Z. f. Psychiatr. 100, H. 5/6, S. 96—110, 1933.

Nach Ansicht des Verf. ist die Sucht nach Rausch und Betäubung, ganz allgemein, einem jeden Menschen innewohnend. Unter Rausch versteht er den Zustand, „in welchem der Mensch los von der Wirklichkeit, in einer Stimmung höchster Glückseligkeit lebt". Es gibt verschiedene physiologische Räusche, wie Siegesrausch, Liebesrausch u. a. m., andrerseits künstliche Räusche, hervorgerufen durch Rauschgiftmittel, wie Alkohol, Morphium, Kokain und andere. Von allen Rauschgiften hält Verf. den Alkohol für das gefährlichste, weil es allgemein zugänglich ist. Der schwache Mensch benötigt den Rausch eher, da er mit seiner Hilfe den drückenden Minderwertigkeitsgefühlen entkommen möchte. — Der Kampf gegen den Alkoholismus soll zwei Faktoren umfassen. Der negative Faktor: Bekämpfung des Trinkens, hauptsächlich der Trinksitten. Der positive Faktor: Erziehung zur seelischen Hygiene, die dem Menschen das fehlende Glücksgefühl zuführen soll.

J. Tábori (Sombor, S. H. S.).

Meyer, Fritz M.: Schmerz und Morphiumsucht. Schmerz-Narkose H. 1, S. 12—16, 1934.

Im Anschluß an eine ziemlich reiche Kasuistik empfiehlt Verf. folgende Grundregeln zur Bekämpfung der Morphiumsucht: Vorsichtige Erwägungen von seiten des Arztes vor Verordnung des „ersten schmerzstillenden Alkaloids"; nach Tunlichkeit Ersatz durch schmerzstillende Mittel, welche kein Rauschgift enthalten und die in genügender Anzahl vorhanden sind. Das wichtigste sei jedoch die kausale und nicht die schmerzstillende Therapie. — Da die Abstinenzerscheinungen bei der Entziehung von Morphium sich nicht nur körperlich (gesteigerte Drüsensekretion), sondern bekanntlich besonders psychisch (Morphingier, Unruhe, Schlaflosigkeit) auswirken, muß

zum Zweck der seelischen Entgiftung und zur Erzielung eines dauernden Heilerfolges die Psychotherapie angewendet werden. — Ref. stimmt den Ausführungen des Verf. vollinhaltlich bei und möchte noch darauf hinweisen, daß der großen Gefahr der Schlafmittelsüchtigkeit bei Mo-Entziehungskuren durch gleichzeitige systematische Psychotherapie begegnet werden kann. Else Guttmann (Wien).

Menninger-Lerchenthal, E. (Tulln bei Wien): **Die Morphinkrankheit der Neugeborenen morphinistischer Mütter.** Mschr. Kinderheilk. 60, H. 2/3, S. 182, 1934.

An Hand der Literatur wird das Symptomenbild und die Notwendigkeit sachgemäßen Eingreifens in den Fällen des im Titel genannten Krankheitszustandes besprochen. Werner Kornfeld (Wien).

Wenger, Paul (Wien): **Über weitere Ergebnisse der Psychotherapie im Rahmen einer medizinischen Poliklinik.** Wien. med. Wochenschr. H. 12, 1934.

Bericht über psychotherapeutische (in der Hauptsache: individualpsychologische) Behandlung im Rahmen einer internen poliklinischen Abteilung (J. Bauer). Es wurden in einem früheren Bericht 25 Fälle beschrieben, von denen katamnestisch 14 dauernd geheilt bzw. gebessert bezeichnet werden (7 waren nicht kontrollierbar). Diesmal handelt es sich um 50 Fälle (38 Frauen, 12 Männer), die hauptsächlich an Organneurosen (Dyspepsien, Herzneurosen etc.) litten. 25 Fälle wurden beschwerdefrei, 16 gebessert, 9 entzogen sich der Behandlung (darunter 1 Suizid). Psychogenetisch waren Ehe- und Sexualschwierigkeiten mit 32 Fällen an erster Stelle. Gewicht wurde gelegt auf eine exakte Psychoexploration (Psychodiagnose), u. zw. auf Ausdrucksbewegungen, Intelligenz, soziales Verhalten und Träume. — Interessant, daß Verf. bei der Übersicht seiner Fälle in bezug auf psychophysische Korrelation zum einigermaßen überraschenden Ergebnis kommt, daß 76% seiner insgesamt 75 Fälle von Organneurosen somatisch-konstitutionell und nur 24% psychisch-postnatal bedingt waren. Dieser Prozentsatz dürfte nach Ansicht des Ref. auf die Tatsache zurückzuführen sein, daß sich das vorliegende Material aus Patienten einer internen poliklinischen Abteilung rekrutiert. Für den praktischen Psychotherapeuten klingt es aber beruhigend, daß mittels Psychotherapie bei den somatisch präformierten Neurosen bessere (!) Resultate als bei den rein psychisch bedingten zu erzielen waren. E. Bien (Wien).

Korbsch, Heinrich: Bericht über eine nervenärztliche Beratungsstelle. Z. f. psychische Hyg. 6, H. 6, S. 181—192, 1933.

Bericht über die Tätigkeit der Beratungsstelle für psychisch und nervös Kranke an der Klinik Kehrer in Münster i. W. in der Zeit von 1927—1929. Die Beratungsstelle wurde während dieser Zeit von 466 Personen aufgesucht bei einer Gesamteinwohnerzahl des Quellgebietes von 90.000. H. Kogerer (Wien).

Stengel, Erwin (Wien): **Zum Problem der Psychotherapie der Neurosen in der Klinik.** Wien. med. Wochenschr. H. 50, 1933.

Soll man schwere Neurosen in der psychiatrischen Klinik einer lege artis-Psychoanalyse unterziehen? An Hand eines Falles von schwerer Zwangsneurose bespricht St. die mannigfachen Schwierigkeiten, die sich einer Psychoanalyse in der Anstalt entgegenstellen. Die näheren Bedingtheiten der Behandlung waren vor allem ungünstig für die Herstellung einer positiven Übertragung. Die Patientin Stengels sah einerseits die „Machtlosigkeit ihres Analytikers“, andrerseits glaubte sie damit renommieren zu dürfen, weil man sich mit ihr so viel beschäftige. Schließlich war das Verhalten des Personals der analytischen Behandlung gegenüber wenig fördernd. Diese Schwierigkeiten führten zum Abbruch der täglich je 1 Stunde lang, sechs Monate hindurch absolvierten Analyse und zur Transferierung der Kran-

ken in die Irrenanstalt. Hier erfolgte eine Remission; dann wurde wieder eine Nachbehandlung notwendig. Auch in der Folgezeit ist Patientin von Rückfällen nicht frei geblieben und mußte zweimal in die Anstalt gebracht werden, fühlte sich aber in der Zwischenzeit zwei Jahre hindurch relativ wohl. Der Erfolg war gering. Allerdings handelte es sich hier um eine exzessiv schwere Zwangskrankheit. — Auf Grund dieser Erfahrung macht Verf. Vorschläge für die Ermöglichung der Psychotherapie an den Kliniken, die in erster Linie auf die Trennung der analytischen Arbeitsstätte von der Krankenabteilung hinauslaufen.

Die Forderung, daß „vor allem die Psychoanalyse lege artis“ an den Kliniken angewendet werden soll, dürfte auf praktische Schwierigkeiten stoßen, denn die psychiatrische Klinik kann sich kaum den Zeitaufwand monatelanger Analysen gestatten. Für die sehr berechtigte und wünschenswerte allgemeine Einführung der Psychotherapie an der Klinik kämen hauptsächlich abgekürzte Verfahren in Betracht, übrigens auch im Sinne des Verf., der einleitend sagt: „Bei der Wahl der psychotherapeutischen Methode wird der klinische Arzt... jener den Vorzug geben müssen, die in kurzer Zeit Erfolg verspricht.“ E. Bien (Wien).

IV. Grenzgebiete der Psychotherapie

Jahnel, Franz: Trauma und progressive Paralyse. Med. Welt Nr. 20, 1934.

Verf. tritt der Auffassung von Terbrüggen entgegen, nach welcher die spärlichen Beobachtungen eines zeitlichen Zusammenhanges zwischen einem Unfall und dem Ausbruch einer paralytischen Erkrankung einen Grund zur Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges abgeben sollen. Verf. wendet dieser Anschauung gegenüber ein, daß die große Erfahrung des Krieges in dieser Richtung keine Anhaltspunkte ergeben habe und daß zeitliches Zusammentreffen von Unfall und Paralyse in Anbetracht der Häufigkeit beider Vorkommnisse als zufällig anzusehen sei.

H. Kogerer (Wien).

Kuntze, W. (Essen): **Die Anwendung von Evipan-Natrium in der Psychiatrie.** Münch. med. Wochenschr. H. 25, S. 937, 1934.

In Evipan-Natrium fand man ein zuverlässiges Mittel, welches in folgenden Fällen verabreicht wird: Vor Einlieferung in die Klinik und zum Transport erregter Kranker nach der Heilanstalt, zur Beruhigung vor Lumbalpunktionen, zur Vorbereitung bei Sondenfütterung und zur Einleitung eines Dämmerschlafes. Man injiziert 2, 3 bis 4 ccm intravenös, wobei die Wirkung sofort eintritt; bei intramuskulären Einspritzungen (4—5 ccm) stellt sich die Beruhigung erst nach 20 Min. ein. (Über die Anwendung des Evipans zur Einleitung der Hypnose s. diese Zeitschrift Bd. 1, H. 2, S. 118.)

E. Bien (Wien).

Mandelstamm, Alexander (Charkow): **Hypersexualismus, gebessert durch ultraviolette Strahlen.** Zentrbl. f. Gyn. 58, H. 13, 1934.

Über gute Erfahrungen bei der Verwendung von Ultraviolettstrahlen in Fällen von Hypersexualität berichteten Ludwig und Ries, besonders auch H. Küstner; Hoffmann und Anselmino fanden, daß das Hypophysenhinterlappen-Hormon (?) durch Ultraviolettbestrahlungen außerordentlich rasch zerstört werde. Auf diesen Angaben fußend, versuchte M. folgenden Fall damit zu behandeln: Das 22jährige Mädchen, dessen Mutter sich wegen klimakterischer Psychose bereits acht Jahre im Irrenhaus befand, kam wegen hyperlibidinöser Zustände, gegen die verschiedene Pharmaka nichts ausrichteten, für zwei Jahre in eine Anstalt. Nach länger dauernden Ultraviolett-Bestrahlungen trat eine Besserung der Nymphomanie ein, so daß Patientin freigelassen werden konnte. Bald nach einer später durchgeführten doppelseitigen Ovarien-Resektion tötete sich die Patientin wegen eines „Familiendramas“ durch Gift. Die Sektion ergab eine „ovarite sclérokystique“, aus der M. eine Hyperproduktion des

Brunsthormons als Ursache für das nymphomane Zustandsbild erschloß. Es fehlen in der Arbeit alle Hinweise auf erbliche Belastung, auf psychologische Momente, auf psychiatrische Erklärungsversuche etc. R. Hofstätter (Wien).

Hofstätter, R.: Über Gewöhnung und Toleranz beim Tabakrauchen. Münchn. med. Wochschr. 81, H. 12, S. 432, 1934.

Verf. umschreibt zunächst den Begriff der Toleranz gegenüber Genuß- und Rauschgiften. Unter primärer Toleranz versteht er die Fähigkeit eines Individuums, z. B. die Tabaksnoxe schon bei dem ersten Zusammentreffen an sich zur Wirkung kommen zu lassen; bei der sogenannten sekundären Toleranz spielt mehr der Begriff der Anpassung und Gewöhnung herein. Und zwar erfolgt diese durch spezifische Gewöhnung wie durch unspezifische Gewöhnung, die Verf. auch „induzierte Toleranz" nennt. Die Theorie einer eventuellen Antitoxinbildung bei erhöhtem Nikotingenuß wird abgelehnt. Der Grad der Toleranz dem Nikotin gegenüber bei der Frau ist variabler als bei dem Manne. Schilddrüsengestörte Frauen vertragen das Rauchen weniger gut als schilddrüsengesunde. Häufig tritt eine Nikotinintoleranz während der Schwangerschaft auf. „Geistliche, Lehrer, Journalisten, Verbrecher und Ärzte sind die unverbesserlichsten Raucher." Walter Schindler (Berlin).

Wittkower, E.: Über affektiv-somatische Veränderungen VIII. Über die affektive Beeinflußbarkeit des Blutzuckers. Schw. Med. Wochenschr. 64, Nr. 20, S. 469, 1934.

Nach einem kurzen Überblick über die einschlägige Literatur bringt Verf. die Ergebnisse eigener beachtenswerter Untersuchungen. Seine Versuche, wie weit psychische Affekte Einfluß auf Störungen des Kohlehydratstoffwechsels bei Gesunden nehmen, gliedert Verf. in vier Gruppen, und er strebt eine Klarstellung der bisherigen, sich widersprechenden Beobachtungen an. Diese vier Gruppen sind: a) Beeinflußbarkeit des Nüchternblutzuckers durch in Hypnose oder in Wachzustand erzeugte Affekte, b) Veränderung des Blutzuckers während eines echten Affektes, c) Unterschiede zwischen den Blutzuckerkurven von Normalen und Neurotikern bei Belastung mit Kohlehydraten, d) Beeinflußbarkeit der Blutzuckerkurve durch Affekte. — Verf. kommt bei ausreichenden Versuchsreihen zu dem Ergebnis, daß die im Affekt bei Gesunden auftretenden Schwankungen nicht eindeutig über die physiologischen Schwankungen des Blutzuckerspiegels hinausgehen und auch nicht immer vorhanden sind. Die klinischen Beobachtungen der psychischen Beeinflußbarkeit des Diabetes und der Erzeugung transitorischer Glykosurien bei hiezu Disponierten sollen durch diese Befunde nicht in Zweifel gestellt werden. E. Hruby (Wien).

Krauss, P. (Kennenburg, Eßlingen): **Über psychische Störungen bei Frauen nach der Kastration.** Z. Neur. 141, H. 4/5, S. 750—765, 1932.

Im Gegensatz zur operativen Kastration kann es durch die Röntgenkastration zu Intoxikationsvorgängen kommen, die als Grundlage psychotischer Störungen aufgefaßt werden könnten. Verf. sind aus der psychiatrischen Literatur nur zwei Fälle von unmittelbar im Anschluß an die Röntgenkastration aufgetretenen Psychosen bekannt; es sind dies Fälle von Witzleben und von Delius. Aus seiner eigenen Anstalt berichtet Kr. über einen ähnlichen dritten Fall. Es handelte sich in allen drei Fällen um amentiell gefärbte Zustandsbilder, die allerdings nicht die charakteristischen Kennzeichen des exogenen Reaktionstyps aufwiesen. Bei dem eigenen Fall von Kr. dürfte es am ehesten gerechtfertigt erscheinen, die Auslösung einer Psychose durch die körperlichen oder psychischen Folgeerscheinungen der Kastration anzunehmen, wobei die beiden konstitutionellen Faktoren, Veranlagung zu manisch-depressiven Psychosen und degenerativ labiler Persönlichkeit die wesentlichen sein dürften. — Das Material von psychischen Störungen nach operativer Kastration ist naturgemäß viel reichhaltiger, aber keineswegs eindeutiger. Von einer zahlenmäßigen Wahrscheinlichkeit, nach der Kastration (oder im Klimakterium) psychotisch zu erkranken, kann

keine Rede sein. Die nach operativen Kastrationen manchmal zu sehenden psychischen Störungen sind meist denen im normalen Klimakterium sehr ähnlich. Nur setzen sie akuter ein, haben aber auch melancholische oder paranoide Formen. Natürlich ist die noch jugendliche, kastrierte Frau in einer viel schwereren Lage. Für ihr Empfinden wird sie mit einem Schlag ein Krüppel und die eingetretene Veränderung bedeutet eine Entwertung, wie sie in vielen Fällen nicht größer gedacht werden kann. Die Fähigkeit, ein solches Trauma zu verarbeiten ist natürlich weitgehend von charakterologischen Faktoren abhängig. Je weniger unmittelbar und selbstverständlich, je problematischer und komplizierter, je komplexbeladener und mit Schuldgefühl besetzter die Sexualität von jeher gewesen ist, desto eher wird die Disposition zu Konfliktspannungen gegeben sein. Und je mehr eine Frau im Grunde ihres Wesens bewußt oder unbewußt auf ihre Sexualität zentriert war, und ihren Selbstwert nach den tatsächlichen oder vermeintlichen erotischen Möglichkeiten bemessen hat, und je mehr durch die vegetative Labilität schon Jahre und Jahrzehnte Ängste oder Befürchtungen sich an genitale Vorgänge geknüpft haben, desto eher werden wir von der psychischen Seite aus neurotische, eventuell sogar psychotische Reaktionen erwarten dürfen. Wiesel hat den Tatbestand kurz dahin gekennzeichnet: „Jede Frau erlebt das Klimakterium, das ihrer Konstitution entspricht." An der Hand mehrerer Krankengeschichten werden diese Dinge am eigenen Material gezeigt. Von Therapie ist dabei nur sehr wenig die Rede. Schließlich empfiehlt der Verf. dem Beispiel des Frauenarztes August Mayer (Tübingen) zu folgen, der in zweifelhaften Fällen die Nervenklinik um Rat fragt. R. Hofstätter (Wien).

Hackfield, A. W.: Über die Kastration bei vierzig sexuell Abnormen. Monatsschr. f. Psychiatr. 87, S. 1—31, 1933.

Bericht über vierzig, von der psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli-Zürich beobachtete, kastrierte Sexualverbrecher nebst katamnestischer Verarbeitung der von S. Frank im Jahre 1925 aus der genannten Klinik veröffentlichten Fälle. Von 25 nichtgeisteskranken rückfälligen Sexualverbrechern hatte die Kastration bei 22 einen sofortigen dauernden, bei drei einen verzögerten Erfolg. Bei neun männlichen und weiblichen Geisteskranken blieb die Kastration bis auf einen Fall ohne Erfolg auf das sexuelle Verhalten und die geistige Erkrankung. Desgleichen blieb die Kastration ohne Wirkung auf restliche sechs Frauen, die wegen menstrueller Erregungszustände und sexueller Haltlosigkeit kastriert worden waren. K. Grosz (Wien).

Birk, W.: Über die Grundlagen der Kindererziehung. Münch. Med. Wochenschr. S. 1081, 1934.

Mit einem Hinweis auf die Bedeutung der Jugenderziehung für staatsmännische Ziele beginnend, betont Birk zunächst die Rolle des Arztes als des berufenen Beraters der Mutter in Erziehungsfragen und bespricht dann als Grundlagen der Erziehung zunächst die dem Kind angeborenen Fähigkeiten. Dabei erscheint die Schilderung des Verhaltens des satten und des hungrigen Säuglings beim Anlegen an die Brust als Beispiel für einen nach Birk fälschlich als Reflex bezeichneten „Instinkt" unglücklich gewählt, da es sich hier eben viel mehr um einen bedingten Reflex handelt. Gerade diese bedingten Reflexe, über deren Wesen Birk weiterhin ausführlich spricht, bilden ja einen Übergang von einfachen „unbedingten" Reflexen zu den als komplizierte bedingte Reflexketten auffaßbaren Instinkthandlungen. Birk bespricht dann Gehirnreifung und Beginn der geistigen Entwicklung des Säuglings. Seiner Auffassung, daß das sogenannte Fixieren nichts Geringeres sei als die erste bewußte Willenstätigkeit des Kindes, möchte Ref. entschieden widersprechen. Endlich beschreibt Birk die Erziehung des Kleinkindes zur Sauberkeit und die Einprägung einer Dankbarkeitsreaktion als Beispiele für die Heranziehung des Mechanismus der bedingten Reflexe für Erziehungszwecke.

Werner Kornfeld (Wien).

Ungern-Sternberg, R. v.: Mutter und Kind. Fortschr. d. Med. 52, H. 14, 1934.

Verf. empfiehlt folgende zwei Maßnahmen zur Bannung der Gefahr des Geburtenrückganges: 1. Einengung der sogenannten „Luxusausgaben" und Gewöhnung an ein primitives, „bäuerliches" Leben, um dadurch die Mittel zur Erhaltung einer zahlreichen Familie zu schaffen; 2. Beseitigung der gesellschaftlichen Verfemung der unehelichen Mutter. Es sei nicht maßgebend, daß der Volksnachwuchs aus ehelichen Kindern, sondern vielmehr, daß er aus gesunden Kindern bestehe.

Else Guttmann (Wien).

Barinbaum, M. (Berlin): **Eine vorläufige Mitteilung über die Bedeutung der Freudschen Psychoanalyse für die Dermatologie.** Derm. Wochenschr. 95, H. 29.

Verf. gibt eine theoretische Auseinandersetzung über die Bedeutung der Psychoanalyse für die Behandlung psychogener Hautleiden. Jedes psychogene Hautleiden ist danach Symptom einer Psychoneurose und verfolgt einen bestimmten Zweck, den sogenannten Krankheitsgewinn (Invalidenrente, Flucht vor dem Beruf, Flucht vor der Frau usw.). Immer besteht nach Ansicht des Verf. auch ein Zusammenhang mit gestörter Genitalfunktion, die zu einer Stauung im endokrinvegetativen System führt (somatische Libidostauung). Die Symptome verlieren sich, sobald die verdrängten Vorstellungen bewußt gemacht werden.

E. Lekisch (Wien).

Polland, R. (Graz): **Klinischer Beitrag zur Frage der psychogenen Dermatosen.** Wien. klin. Wochenschr. H. 23, 1933.

An Hand einiger Fälle wird die Frage der Psychogeneität gewisser Hautkrankheiten und die Kennzeichen dafür besprochen. Beobachtungen anläßlich einer Selbsterkrankung an Herpes labialis. Verf. betrachtet die Hormone als die Brücke, über die die Seele auf den Körper einwirkt.

E. Lekisch (Wien).

Schröder, H.: Zur Diagnose des pathologischen Rausches mit einem Beispiel einer Begutachtung. Psychiatr.-Neur. Wochenschr. 36, H. 18, 1934.

Typischer Fall eines pathologischen Rausches bei einer psychopathischen Persönlichkeit. Vorausgehend heftige Aufregung, motivierte Verstimmung, Alkoholkonsum von dreiviertel Liter Wein und drei Glas Bier, ohne Zeichen des gewöhnlichen Rausches. Die inkriminierte Handlung bestand in Zertrümmerung von elf Schaufensterscheiben mit einer Beißzange. Völliger Erinnerungsverlust für die Zeit der Tat, inselförmige Einnerung für die Zeit vor und nach der Tat.

K. Grosz (Wien).

PSYCHOTHERAPEUTISCHER BRIEFKASTEN

Frage Nr. 4

Eine Honorarangelegenheit

Nach einer Probewoche, auf Grund der vertieften Anamnese und des Traummaterials, erklärte ich einem hypochondrischen Pat., daß er sich für eine Psychoanalyse eigne und Heil*aussichten* habe, falls er entsprechend mitarbeiten werde. In der Behandlung leistete er aber unüberwindliche Widerstände, sprach stundenlang kein Wort, und verließ nach 57 Sitzungen die Analyse, da ich ihm wegen seines Verhaltens Vorwürfe machte. Der wohlhabende Pat. blieb mir das Honorar für 26 Ordinationen schuldig. Nach längerem Zuwarten und vielen vergeblichen Mahnungen mußte ich meine Forderung doch einklagen. Vor Gericht verweigerte er die Zahlung des Honorars mit der Begründung, daß ich ihm angeblich *sichere Heilung* versprochen habe.

Wie soll ich mich in der in einiger Zeit stattfindenden Schlußverhandlung benehmen? Wie ist diese leidige Honorarangelegenheit aufzufassen?

Antworten:

Ein verantwortungsbewußter Seelenarzt bezeichnet niemals die Heilung eines Falles als sicher, denn er weiß, daß es einen analytischen „Widerstand", allerlei „Trotzreaktionen" und — was das wichtigste ist — einen unterbewußten „Willen zur Krankheit" gibt. Wir sagen daher niemals mehr als: „Der Fall ist heilbar" oder: „Wir werden uns die größte Mühe geben, den Fall zu heilen"; alles andere überschreitet unseren Machtbereich. Wir rufen auch gewöhnlich den Kranken zur Mitarbeit an, ohne die es eine erfolgversprechende Behandlung nicht gibt.

Der „analytische Widerstand" kann die Form eines „offenen" annehmen. Er muß unbedingt und mit allen Mitteln bekämpft werden; die Analyse hat ihn zum Hauptthema zu machen und unter Umständen, u. zw. wenn er nicht zu überbrücken ist, muß die Behandlung vom Arzt wegen Aussichtslosigkeit abgebrochen werden. Solche Verhältnisse finden wir besonders oft bei Hypochondern, für die das Leiden zumeist den ausschließlichen Lebensinhalt bedeutet. Sie neigen dazu, falls sie vom Arzt daran nicht gehindert werden, sich einer äußerst passiven Taktik zu befleißigen, um den Arzt mit all seiner Kunst ad absurdum zu führen und ihn davon zu überzeugen, daß sie „tatsächlich unheilbar" und „organisch schwer krank" seien.

Die Zahlung des Honorars betrifft nicht den Enderfolg, sondern die Einzelleistung des Arztes. In dem vorliegenden Fall wurde zweifellos ein Sitzungshonorar vereinbart; dieses muß der Kranke m. E. unbedingt bezahlen. Gegen eine Vereinbarung betreffend „sichere Heilung" spricht u. a. auch der Umstand, daß die Bezahlung nicht erst beim Abschluß der „erfolgreichen Behandlung", sondern offenbar in bestimmten kurzen Intervallen vom Arzt gefordert und vom Kranken geleistet wurde, da doch nur ein Teil der Behandlungskosten unbeglichen erscheint.

Mir selbst ist eine solche Unannehmlichkeit noch nie zugestoßen, da ich die meisten Kranken, besonders aber die (so unbeständigen) Hypochonder veranlasse, das Honorar gewöhnlich für eine Woche im vorhinein zu erlegen. (Näheres über die hier erörterte Frage in meinem Buch: „Psychotherapie des praktischen Arztes", Selbstverl. d. Inst. f. akt. P.-A., Wien, 1934.)

Dr. Emil Gutheil-Wien.

Die Übernahme der ärztlichen Behandlung ist rechtlich ein Werkvertrag, kein Leistungsvertrag. Dadurch ist die Honorierung unabhängig vom Erfolg.

Selbst angenommen, der Arzt hätte dem Patienten die Heilung in sichere Aussicht gestellt — eine Garantie dafür gibt es nicht — wäre die Nichterfüllung dieses Versprechens für die Frage der Honorarpflicht gleichgültig.

Das Landesgericht Wien hat am 13. Juli 1931 (R. 373/31) diesbezüglich entschieden: Es ist bei Ärzten nicht üblich, nur für den Fall eines Erfolges ein Honorar zu verlangen. Im Zweifel kann angenommen werden, daß eine Behauptung derartiger Vereinbarung sehr wenig Wahrscheinlichkeit für sich hat. — Dies für den Fall, als der Patient sich auf die behauptete „Garantie" stützen wollte.

Der Zivilklage des Arztes dürfte — wenn der Patient überhaupt zahlungsfähig ist — Erfolg beschieden sein.

Med.-Rat Dr. A. Mißriegler-Wördern.

Frage Nr. 5

Widerstände gegen die Psychotherapie

Ich stelle einen typischen Fall zur Diskussion: 30jähr. Frau leidet seit einigen Jahren an multiplen hysterischen Symptomen. Wurde von vielen hervorragenden Psychotherapeuten ohne Erfolg behandelt. Der Zustand verschlimmerte sich sogar, da Pat. mit der Zeit von den Ärzten instinktiv lernte, ihre neurotischen Sicherungen zu verstärken.

Die Psychogenese und die finale Tendenz des Leidens waren klar und wurden ihr sowohl von den Analytikern, wie von den Individualpsychologen mitgeteilt. Nun jonglierte

sie mit den Deutungen, die sie als Widerstand benutzte: „Was können Sie mir noch sagen, ich weiß ja eh alles — und es hilft mir doch nicht!" Affektlos leierte sie ihre Krankengeschichte herunter. Der Weisheit letzter Schluß jeder Sitzung war die frohlockend-traurige Bemerkung: „Auch Sie werden mich nicht gesund machen!" Ich gewann den Eindruck, daß der überbehandelten Pat. eher mit larvierter als mit systematischer Psychotherapie beizukommen wäre. Da sie sich nicht hypnotisieren lassen wollte und ich für Hokuspokus-Methoden nichts übrig habe, ließ ich die Pat. ziehen.

Fragen: Wäre es richtiger gewesen — gewiß aber nicht standesgemäß! — die Pat. einem Kurpfuscher zu überlassen, da sie ohnehin wahrscheinlich bei einem solchen landen dürfte? Wäre es von prinzipiellem Vorteil, wenn die ärztlichen Psychotherapeuten (besonders die tiefenpsychologischen Systematiker!) auch die larvierten Methoden „systematisch" erlernten? Wo und wie?

Antworten:

Weder durch Einsicht in die Psychogenese und Tendenz der Symptome, noch durch Erkenntnis der Heilungswiderstände wird ein Patient gezwungen, gesund zu werden; er bekommt lediglich die Möglichkeit, meist auch die Anregung zur Erledigung der pathogenen Konflikte und zum Aufgeben der Krankheitsgewinne; aber nur wenn er von dieser Anregung auch Gebrauch macht, wird er gesund; ob er Gebrauch macht, hängt von vielen Faktoren ab: der Intensität seiner Leiden; der wirtschaftlichen Not oder dem Ehrgeiz, die seinen Arbeitswillen anstacheln; der Anzahl und Höhe der Krankheitsgewinne; der Scheu vor Schwierigkeiten, Mißerfolgen, Minderwertigkeitserlebnissen; der Fähigkeit, verschiedene Triebregungen zu Resultanten zu vereinigen; schließlich den Erfolgen, die er auf dem neuen Weg der Konfliktbearbeitung und des Verzichtes auf Krankheitsgewinne erzielt. Patienten, die nicht von selbst die Initiative in dieser Richtung ergreifen, bringt man am sichersten dazu, wenn man über bloße Psychoanalyse hinausgehend, Leistungen von ihnen fordert, die ihrer Persönlichkeit und Lage angepaßt und an Schwierigkeit langsam wachsend, sie allmählich an ihre Lebensaufgaben heranführen und zu deren Erledigung geeignet machen. (Näheres s. „Leistungstherapie bei Neurosen". Zentralbl. f. Psychoth. II, 1932. „Psychotherapie sexueller Störungen." Fortschr. d. Med. IX, 1932.)

Larvierte oder offene, Wach- oder hypnotische Suggestion führt bei solchen passiven, ausweichenden oder renitenten Patienten vielfach zu gar keinen, öfters auch zu vorübergehenden, am seltensten zu Dauererfolgen. Indessen sind die Suggestivmethoden da, wo immer nur ein paar Minuten zur Verfügung stehen oder wo der Patient für andere Behandlungsmethoden kein Verständnis aufbringt, die einzig anwendbaren und in den verhältnismäßig seltenen Fällen, wo besondere Gefügigkeit und Ansprechbarkeit ihnen entgegenkommen, auch erfolgreich; deshalb sollte jeder ärztliche Psychotherapeut sie von Grund aus beherrschen; dann braucht er keinen Patienten zum Kurpfuscher zu schicken. Lernen wird er sie am schnellsten und besten von Kollegen, die sie verstehen; solche werden durch Anfragen bei den psychotherapeutischen Zeitschriften zu ermitteln sein.

Priv.-Doz. Dr. Alexander Herzberg-Berlin.

Ad 1. Frage: Da die Pat., wie Sie meinen, bei einem Kurpfuscher landen wird, so bedurfte es hiezu keineswegs Ihrer Empfehlung. Ad 2. Frage: Bei der Häufigkeit von Mißerfolgen der systematischen Psychotherapie ist jede Suggestivform, auch die larvierte, mit dem ärztlichen Gewissen vereinbar. Sie bedarf persönlicher Einfühlungsfähigkeit, Findigkeit bezüglich der „Methode" und quasi diplomatischer Geschicklichkeit. Dabei ist zu bedenken, daß eine vom Kurpfuscher mit Erfolg angewandte Methode, vom Arzt verwendet, eventuell erfolglos bleibt. Die Auflehnung gegen nüchterne Wissenschaftlichkeit und ärztliche Autorität hemmt oft die Heilbereitschaft, die sich dagegen dem Laien, besonders wenn er antiwissenschaftlich spricht und mit

„seinen praktischen Erfahrungen" flunkert, zur Verfügung stellt. Deshalb gab es in Deutschland vor dem Krieg graduierte Ärzte, die ihren Doktorgrad verheimlichten, um bei gewissen Patienten größeres Vertrauen zu genießen. Es kommt bei den meisten Hysterien m. E. weniger auf die Art der Behandlung als auf die Größe der Heilbereitschaft an, zu deren Faktoren u. a. die Vertrauensrelation gehört. In dem angedeuteten Fall scheint diese nicht bestanden zu haben, weshalb meiner Erfahrung nach auch eine tiefe Hypnose erfolglos geblieben wäre. Am ehesten ist in einem solchen Fall, wenn eine „Torturbehandlung" (z. B. Pinselfaradisation) aus äußeren Gründen unmöglich ist, etwas von der Suggestion zu erwarten, die unter der Maske der Besorgtheit eine wesentliche Verschlimmerung in „gewöhnlich sehr schmerzhafter Richtung" in Aussicht stellt und wegen „Aussichtslosigkeit" eine reguläre Behandlung ablehnt. Erst wenn durch Angst und Verzweiflung die Heilbereitschaft geweckt ist, ist jede Art von Behandlung (ich verwende Rationalpsychagogik) aussichtsvoll. Aber auch dann noch müßte die Behandlung wieder brüsk abgebrochen werden, wenn sich ein Rückfall in Heilgegnerschaft zeigt.

Auch die Autosuggestion nach Coué oder in individuell verbesserter Form zeitigt in solchen schwer zugänglichen Fällen oft recht gute Erfolge.

Med.-Rat Dr. Wilhelm Neutra-Wien.

Frage Nr. 6

Problematik der Defloration

Tatbestand: Es erscheint bei mir, im Auftrag ihrer Mutter, eine 18½jährige Virgo und bittet um Aufklärung, ob der Verlust der Virginität viel bedeute. Ihre Befürchtung sei, daß der 22jähr. Student, den sie innig liebt und dessen Gegenliebe sie gewiß ist, sie einmal doch verlassen könnte und sie später als Deflorierte geringere Heiratsaussichten haben werde. Sie habe sich ihrer Mutter anvertraut, die großzügigerweise ihr (der Tochter) selbst die Entscheidung überließ und nur noch vorher eine Beratung mit einem Arzt erbat.

Frage: Wie soll sich ein gewissenhafter und unvoreingenommener Arzt in einem solchen Fall benehmen?

Antworten:

Die psychische Hygiene (Stransky, Kogerer), die in diesem Fall vorerst berücksichtigt werden muß, trennt das individuell-lustenergetische Prinzip vom sozial-ethischen. Die Frau erlebt die Sexualität passiver als der infolge des Aggressionstriebes in höherer Sexualspannung befindliche Mann. Die Virgo ergibt sich zumeist nicht so sehr aus Libido als aus Angst, durch ihre Weigerung den Mann zu verlieren.

Da sich die in Frage stehende Virgo an die Mutter und dann in deren Auftrag an den Arzt wendet, ist ihre Hemmung stärker als ihr Trieb. Ihr aktueller Konflikt ist Furcht vor einer Herabminderung ihrer Heiratsaussichten infolge der Defloration einerseits und vor dem Verlust des Partners, im Falle ihrer Weigerung, andrerseits.

Die Beantwortung der Frage ist klar: Es liegt für den gewissenhaften Arzt kein Grund vor, der Virgo zu raten, sich dem Partner hinzugeben.

Dr. Else Guttmann-Wien.

Meiner Meinung nach muß der Arzt das Mädchen unbedingt davor warnen, ihre Virginität vorzeitig aufzugeben; die Defloration ist ein irreversibler Vorgang. Junge Leute unterliegen häufig Irrtümern bezüglich ihrer für das ganze Leben gelten sollenden Neigung. Wenn sich beide wirklich lieben, dann müssen sie auch noch warten können. Verliert das Mädchen den Bräutigam wegen ihrer Weigerung zum Sexualverkehr, dann waren die Voraussetzungen für eine Dauer des Zusammenlebens eben meistens nicht gegeben. Beginnen die jungen Leute, trotz der Warnung des Arztes, ein sexuelles Verhältnis, so kann es ja auch gut ausgehen.

Der Arzt muß sich aber hüten, für Dinge, die nicht seiner Beurteilung unterliegen, auch nur den Schein einer Verantwortung zu übernehmen. Schäden durch Abstinenz sind bei noch nicht geübtem Sexualverkehr, besonders beim Mädchen, unbekannt. Der 22j. Mann möge sich seiner Verantwortung gerade durch den Widerstand des Mädchens bewußt werden.

Priv.-Doz. Dr. R. Hofstätter-Wien.

BRIEFKASTEN-DISKUSSION

Ad Frage Nr. 2, Bd. 1, H. 2, S. 125 (Psychotherapie der Spermatorrhöe)

Ein psychisches Agens kann auf verschiedenen Wegen körperliche Wirkungen hervorrufen. Ich nenne die drei wichtigsten:

1. Die affektdynamische Wirkung. Ein neurotisches Symptom stellt hier einen affektiven Ausdruck dar, z. B. Herzklopfen als Ausdruckserscheinung der Angst, wobei der Affekt auch nur in rudimentärer Form (Stekel) vorhanden sein kann.

2. Die ideoplastische Wirkung. Das neurotische Symptom ist hier ein körperlicher Ausdruck der Lebenssituation, eine Somatisation der psychischen Gegebenheiten, z. B. Kopfschmerz in der Schläfengegend als Ausdruck der Selbstmordgedanken.

3. Die ideopraktische (indirekt willensmäßige) Wirkung. Das neurotische Symptom kommt hier durch die naturwidrige Betätigung der Körperverrichtungen zustande, z. B. Magenerweiterung durch Luftschlucken, Ohnmacht durch forciertes Atmen etc.

Beim Zustandekommen der Spermatorrhöe möchte ich, neben dem affektdynamischen und ideoplastischen, besonders den ideopraktischen Wirkungsmechanismus hervorheben.

Ich habe an Fällen meiner Praxis feststellen können, daß die Spermatorrhöe auf folgende urinerotische Betätigung zurückzuführen war:

1. Der Patient hält den Urin bei gefüllter Blase zurück, um erotische Lustgefühle und Erektionen hervorzurufen.

2. Der Patient hat sich trainiert, mit erigiertem Glied zu urinieren; nach der Erschlaffung des Penis kommt es zu einem Samenabgang.

Durch diese Betätigung wird der Mechanismus des Urinierens und des Samenergusses, die physiologischer Weise antagonistisch arbeiten, gemäß den bedingt reflektorischen Gesetzmäßigkeiten, zusammengekoppelt. So können Tonusveränderungen der Samenblasen und nach einiger Zeit auch Hypertrophie der Prostata hervorgerufen werden. Eine derartige naturwidrige Verkoppelung der physiologischen Mechanismen dürfte auch bei analsexueller Betätigung der Fall sein.

Auf die tiefenpsychologischen Hintergründe der Spermatorrhöe haben Bien (latente Homosexualität) und Hitschmann (narzißtische Einstellung) hingewiesen.

Die Sp. entsteht somit auf Grund bestimmter psychischer Wirkungsmechanismen und tiefenpsychologischer Ursachen und nimmt schließlich einen organischen Charakter an, sodaß sogar eine Hypertrophie der Prostata der psychogenen Natur der Sp. nicht widerspricht.

Aufgabe der Psychotherapie ist, den Patienten zum Verzicht auf seine urin-, bzw. analsexuellen Betätigungen zu veranlassen. Gelingt dies, dann kann die Sp. von selbst verschwinden; im entgegengesetzten Fall, soll man mit tonisierender Behandlung nachhelfen. Die körperliche Behandlung allein führt aber zu keinem Erfolg, wenn der Kranke seine Abwegigkeiten auch nur in larvierter Form weiter praktiziert.

Ich bestreite nicht die Möglichkeit einer Sp. konstitutioneller, infektiöser oder toxischer Natur. Ich behaupte nur, daß die psychische Genese an Wirkungswert den anderen uns bekannten pathogenen Agentien beim Zustandekommen dieses Krankheitsbildes gleichzustellen ist.

Dr. E. Kirschenberg-Tallinn (Estonie).

Herausgeber Eigentümer und Verleger: Verlag der Psychotherapeutischen Praxis (Weidmann & Co.), Wien VII. Neubaugasse 29 Verantwortlicher Schriftleiter: Dr. Ernst Bien, Wien, IX., Spitalgasse 17 Druck von Ferdinand Berger Horn Nieder-Österreich.